

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Eva Ondráčková

**Informovanost pacientů o léčebném
režimu po operaci kyčelního kloubu –
totální endoprotéze**

Bakalářská práce

Praha 2012

Autor práce: **Eva Ondráčková**

Vedoucí práce: **Mgr. Hana Nikodemová**

Oponent práce: **PhDr. Šárka Tomová**

Datum obhajoby: **28. 5. 2012**

Hodnocení

Bibliografický záznam

ONDŘÁČKOVÁ, Eva. *Informovanost pacientů o léčebném režimu po operaci kyčelního kloubu – totální endoprotéze*. Praha: Karlova univerzita, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2012, 69 stran. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Hana Nikodemová

Anotace

Bakalářská práce na téma „Informovanost pacientů o léčebném režimu po operaci kyčelního kloubu – totální endoprotéze“ se zabývá problematikou edukace pacientů o pooperačním režimu na oddělení ortopedie v Nemocnici sv. Zdislavy v Mostištích.

Teoretická část práce je zaměřena na shrnutí poznatků o kyčelním kloubu, příčinách operace, typech endoprotéz, předoperační a pooperační péči, rehabilitaci a možných komplikacích po operaci kyčelního kloubu.

V praktické části je uveden způsob šetření na ortopedickém oddělení, jejímž cílem bylo zjistit míru informovanosti pacientů, formu edukace a samotné dodržování doporučení.

Na závěr práce jsou shrnuty výsledky šetření a zhodnocení přínosu práce do praxe.

Annotation

My bachelor thesis called "Patients' knowledge of therapeutic mode after surgery of hip joint - total endoprosthesis" deals with a problem of education of patients in case of mode after surgery on Orthopaedic department in St. Zdislava hospital in Mostiště.

A theoretic part is focused on summary of findings about hip joint, causes of surgery, types of endoprosthesis, preoperative and postoperative cares, rehabilitation and potential complications after surgery of hip joint.

In a practical part, there is introduced a method of research on Orthopaedic department, whose aim is to get into degree of patients' knowing, form of education and simple keeping of preventive measures.

In a conclusion of my thesis the results of research and assessment of research acquisition into practice are summarized.

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Eva Ondráčková**studijní program: **Ošetrovatelství**studijní obor: **Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetrovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Informovanost pacientů o léčebném režimu po operaci kyčelního kloubu - totální endoprotéze**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana UK 2. LF č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

- DUNGL, P. a kol.: Ortopedie. 1. Praha : Grada, 2005. 1273 s. ISBN 80-247-0550-8
VAVŘÍK, SOSNA: Endoprotéza kolenního kloubu; Triton ISBN 80-7254-549-3
VAVŘÍK, SOSNA a kol.: Základy ortopedie; Triton ISBN 80-7254-202-8
KOUDELA, K. a kol. Ortopedie: Karolinum, 2003 ISBN 80-246-0654-2
ČECH, O.: Revizní operace náhrad kyčelního kloubu: Galén, 2004 ISBN 80-7262-269-2
JANÍČEK, P. a kol. Ortopedie: Masarykova univerzita, 2001 ISBN 80-210-2535-2

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Nikodemová Hana**

Oponenti: **PhDr. Tomová Šárka**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 23.5.2011

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 9.3.2012


.....
Děkan

Klíčová slova

Kyčelní kloub, léčebný režim, totální endoprotéza, operace, ortopedie

Keywords

Hip joint, treatment regiment, total joint replacement, operation, orthopedics

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 1. března 2012

Eva Ondráčková

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Haně Nikodemové za konzultace a rady, které mi pomohly při tvorbě bakalářské práce. Dále bych chtěla moc poděkovat kolektivu Ortopedického oddělení Nemocnice sv. Zdislavy v Mostištích za jejich spolupráci a vstřícnost při provádění dotazníkového šetření.

Obsah

1	Úvod	12
1.1	<i>Cíle práce</i>	12
2	Teoretická část	13
2.1	<i>Základní anatomie a biomechanika kyčelního kloubu</i>	14
2.1.1	Základní anatomie kyčelního kloubu	14
2.1.2	Biomechanika kyčelního kloubu	14
2.2	<i>Nejčastější důvody operace kyčelního kloubu</i>	15
2.2.1	Osteoartróza	15
2.2.2	Úrazy kyčelního kloubu	16
2.2.3	Revmatoidní artritida	16
2.2.4	Nádorová onemocnění	17
2.2.5	Jiné	17
2.3	<i>Typy totálních endoprotéz (TEP) kyčelního kloubu</i>	17
2.3.1	Cementované	18
2.3.2	Necementované	18
2.3.3	Hybridní	19
2.4	<i>Perioperační období</i>	19
2.4.1	Základní ortopedické vyšetření před plánovanou operací	19
2.4.2	Interní předoperační vyšetření	20
2.4.3	Úprava domácího prostředí	20
2.4.4	Další doporučení	20
2.5	<i>Příjem pacienta na oddělení</i>	21
2.5.1	Sesterská a lékařská dokumentace	21
2.6	<i>Příprava pacienta během hospitalizace</i>	21
2.6.1	Příprava pacienta v den příjmu	22
2.6.2	Příprava pacienta v den operace	23
2.7	<i>Operace TEP</i>	24
2.8	<i>Bezprostřední pooperační péče</i>	25
2.9	<i>Ošetrovatelská péče po překladu na standardní oddělení</i>	26
2.9.1	Sledování bolesti u pacientů po operaci TEP kyčle	26
2.9.2	Péče o operační ránu a žilní vstupy	26

2.9.3	Prevence žilní trombózy	26
2.9.4	Prevence dekubitů	27
2.9.5	Výživa	27
2.9.6	Vyprazdňování	27
2.9.7	Hygienická péče	27
2.10	<i>Rehabilitace u TEP kyčelního kloubu</i>	28
2.10.1	Pooperační rehabilitace v době hospitalizace	28
2.10.2	Pooperační rehabilitace po propuštění	29
2.11	<i>Propuštění pacienta do domácí péče</i>	30
2.12	<i>Nejčastější komplikace TEP kyčelního kloubu</i>	31
2.12.1	Předoperační komplikace	31
2.12.2	Peroperační komplikace	31
2.12.3	Pooperační komplikace	31
3	Empirická část	34
3.1	<i>Cíle a pracovní hypotézy</i>	34
3.1.1	Cíle empirické části bakalářské práce	34
3.1.2	Pracovní hypotézy, které budou v empirické části zkoumány	34
3.2	<i>Metodika šetření</i>	35
3.2.1	Stavba dotazníku	35
3.2.2	Zpracování dotazníku	35
3.3	<i>Organizace šetření</i>	35
3.4	<i>Charakteristika a popis zkoumaného vzorku</i>	36
3.5	<i>Výsledky vlastního zkoumání</i>	36
3.6	<i>První otázka mého šetření se dotazovala na pohlaví respondentů</i>	36
3.7	<i>Diskuze</i>	53
4	Závěr	55
	Literatura a prameny	56
	Seznam obrázků	59
	Seznam tabulek	59
	Seznam příloh	60

Seznam zkratk

AIM – akutní infarkt myokardu

ASA – kyselina acetylsalicylová

ATB - antibiotika

CT – počítačová tomografie

IPK - intermitentní pneumatická komprese

JIP – jednotka intenzivní péče

KO – krevní obraz

P - pulz

PMK – permanentní močový katétr

RTG - rentgen

SpO₂ – saturace krve kyslíkem

TEN – tromboembolická nemoc

TEP – totální endoprotéza

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

1 Úvod

Pro bakalářskou práci jsem si zvolila téma „Informovanost pacientů o léčebném režimu po operaci kyčelního kloubu – totální endoprotéze“, protože jsem několik roků byla v rámci praxe o prázdninách zaměstnána na ortopedickém oddělení v Nemocnici sv. Zdislavy v Mostištích. S touto problematikou jsem se tak sama setkala a aktivně se účastnila edukace pacientů.

Z vlastní zkušenosti vím, jak je pro pacienta důležité vědět, co bude po operaci následovat, jak bude probíhat pooperační režim v nemocnici a hlavně jak bude probíhat pooperační období po propuštění do domácí péče. Ráda bych ve své bakalářské práci vyzdvihla důležitost kvalitní a dostatečné informovanosti pacienta o pooperačním období.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – teoretická a praktická. V teoretické části jsem se okrajově soustředila na anatomii a biomechaniku kyčelního kloubu, typu totálních endoprotéz a důvodů, pro které je operace indikována. Další část je věnována přípravě před operací a samotné operaci. Největší část se zabývá samotným pooperačním obdobím – bolest po operaci, operační rána a žilní vstupy, prevence TEN a další. Na závěr teoretické části práce jsou uvedeny možné pooperační komplikace.

V empirické části je stručně popsána metodika výzkumu, organizace šetření a charakterizován zkoumaný vzorek. Následují výsledky šetření, které jsou prezentovány pomocí grafů a tabulek. V závěrečné diskusi jsou výsledky zhodnoceny a porovnávány s výsledky práce na podobné téma. V závěru jsou shrnuty získané poznatky a navrženy možnosti zlepšení v informovanosti pacientů.

1.1 Cíle práce

Záměrem zpracování této bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti pacientů na ortopedickém oddělení v Nemocnici sv. Zdislavy v Mostištích o léčebném režimu po operaci kyčelního kloubu. K naplnění tohoto záměru byly stanoveny tyto cíle.

- Přinést základní přehled relevantních poznatků o léčebném režimu po operaci

kyčelního kloubu.

- Pomocí strukturovaného dotazníku zjistit míru informovanosti pacientů o léčebném režimu po operaci kyčelního kloubu.
- Provést primární a statistickou analýzu dat.
- Zhodnocení vědomostí a informovanosti sledovaných respondentů o léčebném režimu po operaci kyčelního kloubu.

V souvislosti s výše uvedenými cíli budou v empirické části ověřovány tyto stanovené hypotézy:

H1: Předpokládám, že více než nadpoloviční většina respondentů budou ženy.

H2: Předpokládám, že respondenti ve věku 61 – 70 let budou představovat statisticky významnou většinu dotazovaných.

H3: Předpokládám, že více než 70 % respondentů bude informováno o pooperačním režimu písemnou i ústní formou.

H4: Předpokládám, že více než 60 % respondentů bude mít základní znalosti o pooperačním režimu.

H5: Předpokládám, že více než 50 % respondentů plně dodržuje zásady pooperačního režimu, aby u nich nevznikly komplikace.

2 Teoretická část

V teoretické části této bakalářské práce budou uvedeny hlavní poznatky týkající pooperačního režimu po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Na úvod bude uvedena základní anatomie a biomechanika kyčelního kloubu, nejčastější důvody operace a základní komponenty „umělého kloubu“. Dále bude uvedena předoperační a pooperační péče včetně rehabilitace po operaci. Závěr bude věnován možným komplikacím po operaci.

2.1 Základní anatomie a biomechanika kyčelního kloubu

2.1.1 Základní anatomie kyčelního kloubu

„Je kloubem kulovitým omezeným, protože hlavice femuru zapadne do hluboké jamky v pánevní kosti – acetabula. Jamka je zvětšena lemem z vazivové chrupavky – labrum acetabulare. Kloubní pouzdro je silné a je zesíleno třemi ligamenty: Od kyčelní kosti jde na femur ligamentum iliofemorale, od stydké kosti ligamentum pubofemorale a od sedací kosti ligamentum ischiofemorale. Uvnitř kloubu je uloženo lig. capitis femoris“ (Naňka, 2009, s. 41).

Schematické znázornění kyčelního kloubu viz. příloha č. 3.

2.1.2 Biomechanika kyčelního kloubu

Kyčelní kloub má mnoho funkcí. Mezi ně patří zajištění pohybu dolní končetiny vůči pánvi, oba klouby dohromady mají také funkci nést trup a udržení jeho rovnováhy. *„Vlastní pohyby kyčelního kloubu jsou otáčivé pohyby hlavice v jamce, které jsou krčkem femuru, postaveným v úhlu 125° vůči corpus femoris, převáděny v úhlovité pohyby těla femuru.“*

Kyčelní kloub je dále schopen ze základního postavení těchto pohybů – flexe, extenze, abdukce, addukce a rotace. Flexi je kloub schopen provést do úhlu 120°. Pokud je provedená zároveň i abdukce může se úhel zvětšit. Extenze kloubu je možná pouze do úhlu 13° (napětí lig. iliofemorale). Abdukci je do úhlu 40°, ale je možné ho zvětšit, pokud je současně udělána flexe. Addukce je ze základního postavení možná do úhlu 15°. Zevní rotace kloubu je do úhlu 15° a vnitřní do 35° (Čihák, 2011, s. 290).

2.2 Nejčastější důvody operace kyčelního kloubu

Počet onemocnění, který může být řešen pomocí kloubní náhrady, stále narůstá.

Mezi nejčastější dle Sosny (2003, s. 16) patří:

- Degenerativní onemocnění kyčelního kloubu – osteoartróza
- Úraz kyčelního kloubu, zlomenina krčku kosti stehenní
- Následek revmatického onemocnění
- Nádorové onemocnění horního konce stehenní kosti.

2.2.1 Osteoartróza

Osteoartróza je velmi časté degenerativní onemocnění kloubů. U osob nad 65 let způsobuje nepohyblivost (Mačák, Mačáková, 2004, s. 315).

Změny, které nastávají při osteoartróze, jsou např. ztráta elasticity chrupavky, následné zúžení kloubní štěrbiny a úbytek kosti. Tyto změny se mohou nazývat také jako preartrotické a způsobují změny kloubní mechaniky kloubu (velikosti tlaku, působení, velikosti nosné plochy) a její dysfunkci. K tomu přistupuje faktor jisté tkáňové méněcennosti, který je způsobený vrozenými i získanými vadami. „*Vrozenou méněcennost chrupavky označil Hackenbroch za „faktor X“, který má silnější nebo méně výrazný vliv na méněcennost tkání se zřetelem na jejich mechanickou odolnost, biologický růstový a regenerační potenciál a s akcentem na správný vývoj či chybný vývoj tkání, vyvracející mnohdy zdánlivou zákonitost pravidel funkční přizpůsobivosti.*“ (Dungl, 2005, str. 899).

Následující pravé artrotické změny dle Dungla (2005) patří subchondrální skleróza, snížení kloubní štěrbiny, poruchu sféricity a nerovnosti kloubních ploch, cystické subchondrální změny a tvorba osteofytů na okrajích kloubních ploch.

„*Vývoj artrózy kyčle není výsledkem stárnutí (nesprávný termín malum coxae senilis, který použil v r. 1835 R. W. Smith), i když i věk je významný predispoziční faktor* (Dungl, 2005, s. 899). Dalšími faktory jsou mechanické zatížení kloubu, které musí působit v dostatečně dlouhém čase a genetické faktory (Mačák, Mačáková, 2004, s. 315).

U primární osteoartrózy je degenerativně postižena kloubní chrupavka. Tato osteoartróza se vyskytuje nejčastěji. Lidé trpící osteoartrózou přichází k lékaři až po dlouhé době trvajících příznacích, kdy je ve většině případů už artróza plně rozvinutá. I

z tohoto důvodu není přesně jasně určité hranici mezi preartrózou a artrózou (Dungl, 2005, str. 899; Brown, 2009, s. 4).

Sekundární osteoartróza navazuje např. na kloubní deformitu, nadměrné zatěžování kloubů, dále se objevuje u diabetiků (chrupavka má menší regenerační schopnost a menší odolnost proti zátěži) nebo u hemochromatózy (Mačák, Mačáková, 2004, s. 315). U sekundární osteoartrózy jsou preartrotické a artrotické změny od sebe zřetelně odlišeny.

2.2.2 Úrazy kyčelního kloubu

Úraz může způsobit dislokaci hlavice kosti stehenní nebo zlomeninu kosti stehenní. Pokud není úraz léčen, může způsobit v pozdějších letech degenerativní změny. Příznakem je silná bolest (Brown, 2009, s. 6).

Zlomenina krčku kosti stehenní je nejčastěji spojena s prořídnutím kostí a následném pádu nejčastěji u osob nad 60 let. Pádem se může poškodit i hlavice kosti stehenní nebo acetabulum. Jedná se o těžký úraz, u kterého musíme následně dbát o časnou mobilizaci pacienta (Pokorná & Ergenzová, 2010).

Pacient může být léčen konzervativně na chirurgickém oddělení nebo implantací TEP nebo CKP. V tomto případě je pacient odeslán přes traumatologickou ambulanci na ortopedické oddělení, kde je po vyšetření internistou domluven termín operace (Chovancová, 2004).

2.2.3 Revmatoidní artritida

Patří mezi revmatická onemocnění postihující pohybový aparát. Revmatoidní artritida je systémové zánětlivé onemocnění, které postihuje převážně klouby. Prvotní příznaky jsou podobné chřipkovému onemocnění. Později dochází k bolestem malých kloubů a nakonec velkých (kyčelní, ramenní, kolenní).

Postižené klouby bývají často oteklé, naplněné výpotkem a po ránu bývají ztuhlé. Zánětem bývá postižena výstelka kloubu, začne se zde zmnožovat granulační tkáň, která později přerůstá na kloubní chrupavku.

Diagnostika revmatoidní artritidy je stavěna na vyšetřeních pacienta. Mezi ně patří subjektivní hodnocení pacienta (se zaměřením na bolest, ztuhlost kloubů), klinické vyšetření (oteklé a citlivé klouby, deformity, krepitus, ostatní příznaky), laboratorní vyšetření, hodnocení funkcí kloubů a zobrazovací metody (RTG).

Je důležité, aby byla léčba zahájena co nejdříve po objevení příznaků. Základem léčby jsou léky (tzv. nesteroidní antirevmatika), které tlumí probíhající zánět a mírní bolest kloubu. Také se doporučuje např. rehabilitace, správná výživa (ovoce, zelenina, ryby, drůbež...aj.) a používání vhodné ortopedické obuvi.(Korandová, 1998; Pavelková, 2009)

2.2.4 Nádorová onemocnění

Problematika kostních nádorů je velmi rozsáhlá. Stejně jako v ostatních oblastech se tyto nádory dělí na benigní a maligní. K operaci se přistupuje, pokud nádor zasáhne proximální konec femuru a po indikaci onkologického lékaře ošetřujícího pacienta.

Janíček (2001) uvádí, nádor lokalizovaný v proximálním konci femuru je druhý nejčastější, ale do počtu tumorózních náhrad tento typ převažuje. *„To je dáno tím, že téměř polovina kostních metastáz se nachází v oblasti proximálního konce femuru, ba dokonce patologická zlomenina proximálního konce femuru může být projevem maligního nádoru (např. Grawitzova tumoru)“*

Benigní nádory se dělí podle kostní části ze které vychází. Například z kostní tkáně je to osteom, osteoidní osteom nebo osteoblastom. Nádory z chrupavčité tkáně se nazývají osteochondrom, chondroblastom aj. Dále to mohou být fibrózní nebo cystické kostní tumory, cévní tumory nebo nádory z tukové a nervové tkáně.

Mezi maligní nádory se řadí osteosarkom (nádor z kostní tkáně), chondrosarkom (z chrupavčité tkáně) a další (Ewingův sarkom, maligní lymfom, myelom, chondrom...aj.) (Janíček et al, 2001, s. 62).

2.2.5 Jiné

Mezi další indikace k provedení totální endoprotézy patří vrozené vady (např. vrozené „vykloubení kyčlí“), pozánětlivé změny na kyčelních kloubech a změny látkové výměny při specifických stavech, mezi které patří stav po transplantaci ledvin, chorobách jater (Karpaš, 2004, s. 8).

2.3 Typy totálních endoprotéz (TEP) kyčelního kloubu

Sosna et al. (2003) uvádí, že každá endoprotéza se skládá z několika částí. Jednou z nich je tzv. dřík. Dřík se zavádí do dřevnaté dutiny kosti stehenní a je vyráběn z kovových slitin, které jsou velmi pevné. Tyto kovy také musí být co nejvíce

tolerovány organismem. Dřík má krček, na který je nasazována hlavička ze stejného kovu nebo keramiky. Hlavička musí být co nejvíce hladká, aby docházelo k co nejmenšímu opotřebením polyetylenové vložky a tím zabránění pozdějších komplikací. Hlavička zapadá do jamky, která je další komponentou TEP. Jamka může mít tvar polokulovitý nebo kuželovitý. Tato jamka se skládá buď z jedné části – polyetylenová jamka (u cementovaného typu ukotvení) a nebo ze dvou částí – kovové kotvící části a polyetylenové vložky (u necementovaného typu ukotvení). I přes snahu o naprostou hladkost komponent TEP dochází při každém pohybu k otěru polyetylenové vložky. Z tohoto důvodu „*není pravdou, že čím více budu umělý kloub procvičovat, tím delší a lepší bude jeho funkce.*“ Umělý kloub má omezenou životnost. Životnost cementovaných implantátů je okolo 15 let a u necementovaných se předpokládá delší (Sosna et al., 2001, s. 110).

Typy endoprotéz se nejčastěji rozdělují na cementované, necementované nebo hybridní. Toto rozdělení je na základě druhu ukotvení endoprotézy do kosti a je základním a zásadním rozdělením. Dále je možno femorální komponenty rozdělit dle dalších hledisek. A to podle povrchové úpravy, podle konstrukce, designu a použitého materiálu (Dungl et al., 2005, s. 922; Janíček et al., 2001, s. 98; Vavřík in Sosna et al., 2001, s.102).

2.3.1 Cementované

V tomto případě je dřík do stehenní kosti a polyetylenová jamka do kyčelní kosti upevněny pomocí kostního cementu. Cementové dříky mají oblý tvar, který snižuje vznik tlakových trhlin v cementu. Uložení dříku může být pomocí přidání centralizér, díky němuž je dřík centralizovaně uložen v dřevěné dutině. Nebo může být uložen tzv. klasickou technikou, při které má dřík vyplnit co nejvíce prostoru v dřevěné dutině. Cement by měl kolem dříku díky tomu tvořit rovnoměrnou vrstvu, která by měla být nejméně 2 mm silná. Cementovaný dřík má vynikající stabilitu (Dungl et al., 2005, s. 922; Janíček et al., 2007, s. 98; Vavřík in Sosna et al., 2001, s. 102 - 103).

2.3.2 Necementované

Podle Janíčka (2001) je tato metoda nejčastěji používána u pacientů mladších 60 let. „*Princip ukotvení spočívá ve vrůstání kosti do pórů povrchu endoprotézy.*“ Tyto

endoprotézy lze dále dělit na anatomické TEP anebo na TEP s rovným dříkem. Mohou být však i dříky, které nelze zařadit přesně do určité skupiny.

U anatomické TEP se dřík podobá co nejvíce dřevnaté dutině proximálního konce femuru. Aby byla stabilita TEP co nejlepší, musí být vyrašpovaná dutina co nejpřesněji vyplněna. Tyto kyčle jsou vyráběny ve variantách jak pro pravou kyčel, tak i pro levou. Mohou být také vyráběny přesně na míru podle CT snímku. Podle Dungla (2005) však není velký rozdíl mezi standardně vyráběnými dříky a dříky vyráběnými přesně na míru.

Rovné dříky mají ve většině případů průřez čtyřhranný. Tyto hrany jsou zaklíněny do vnitřní plochy dřevnaté dutiny (Dungl et al., 2005).

2.3.3 Hybridní

Jedná se o kombinaci cementovaného a necementovaného typu TEP. Nejčastěji se jedná o cementovaný dřík ve stehenní kosti a necementovaného typu jamky. Jamka může být rozpínací, šroubovací nebo press fit. Tato jamka by měla umožnit výměnu opotřebované artikulační vložky (Janiček, 2007).

Dalším rozdělením může být na cervikokapitální protézy a totální endoprotézy. V případě cervikokapitální protézy se jedná i nahrazení pouze krčku a hlavice femuru. To se provádí u zlomenin krčku kosti stehenní, nebo když je proximální konec postižen nádorem a je nutné ho nahradit. Jamka v kyčelní kosti je v tomto případě zachována. U totální endoprotézy je nahrazen jak krček a hlavice kosti stehenní tak i jamka v kosti kyčelní již výše zmíněnými konstrukčními typy (Karpaš, 2004, s. 8).

2.4 Perioperační období

2.4.1 Základní ortopedické vyšetření před plánovanou operací

Dungl (2005, s. 897) uvádí, že řádné vyšetření ortopedem je nezbytnou součástí diagnostiky. Toto vyšetření není možno nahradit zobrazovacími metodami. Ortopedovým úkolem je nutnost rozlišit mezi bolestí, které vychází z kloubu a extraartikulárními příčinami bolesti, které imitují kyčelní patologii.

Klinické vyšetření, které probíhá v ordinaci ortopedického lékaře, zahrnuje vyšetření chůze, délek končetin, rozsahu pohybu, palpaci kyčelní krajiny, neurologické a cévní vyšetření končetiny.

Do doby než je pacientovi indikována a naplánována operace, je pacient léčen konzervativně. Podle druhu onemocnění (Karpaš, 2004, s. 8).

V ortopedické ambulanci také pacient obdrží formuláře s informacemi o příjmu, kdy a kam se dostavit, co si s sebou vzít k hospitalizaci.

2.4.2 Interní předoperační vyšetření

Dalším důležitým vyšetřením před operací je předoperační. „*Předoperační vyšetření se skládá z laboratorního vyšetření krevního obrazu, minerálů, cukru, jaterních testů, srážlivé schopnosti krve, moči, EKG vyšetření, vyšetření krevní skupiny a fyzikálního vyšetření interním nebo obvodním lékařem. Srovnáním laboratorních hodnot s anamnézou upozorní lékaře na odchylky, které se nevztahují k chronickým onemocněním pacienta. Cílem předoperačního vyšetření je vyloučit infekci nebo jiné onemocnění, které by představovalo u pacienta při operaci nebo po ní zvýšené riziko komplikací.*“ (Předoperační vyšetření in www.ulekare.cz)

Předoperační vyšetření si pacient přináší s sebou k příjmu. Toto vyšetření by nemělo být starší než 30 dní. Dle nálezu je možné indikovat odběr krve určené k pozdějšímu podání pacientovi během operace nebo po operaci. Jinak řečeno autotransfuze (Sosna et al., 2003, str. 22).

2.4.3 Úprava domácího prostředí

Každému pacientovi je před operací doporučována úprava domácího prostředí. Je vhodná úprava lůžka spočívající v jejím zvýšení např. pomocí dřevěných špalků nebo trámku. Dále je doporučována instalace madel do koupelny a na toaletu, zřízení nástavce na toaletu, aplikace protiskluzových podložek a pořízení dalších pomůcek k usnadnění sebeobsluhy po operaci (lžící na nazouvání bot s dlouhou rukojetí, pomůcky na oblékání punčoch). Pacient by si měl také připravit vhodnou obuv, kterou bude nosit po operaci (Sosna et al., 2003, str. 23-24; Taliánová et al., 2009).

2.4.4 Další doporučení

Operace TEP kyčelního kloubu je náročná operace, která zahrnuje dlouhodobou rekonvalescenci. Z tohoto důvodu by si měl pacient před operací zařídit veškeré osobní věci, které potřebuje jako je např. banku, úřady aj. Pokud pacient bydlí sám, měl by si

také domluvit osobu, která mu po operaci bude pomáhat (vařit, uklízet, prát...) (Sosna et al., 2003, str. 23-24).

2.5 Příjem pacienta na oddělení

Příjem pacienta na oddělení probíhá dle standardů v určitém nemocničním zařízení.

2.5.1 Sesterská a lékařská dokumentace

Sestra s pacientem vyplní základní ošetrovatelskou dokumentaci a provede veškeré výkony spojené s příjmem pacienta dle standardů oddělení.

Základní dokumenty, bez kterých nelze pacienta přijmout k operaci:

- Informovaný souhlas s hospitalizací
- Informovaný souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu pacienta
- Informovaný souhlas s operačním výkonem
- Informovaný souhlas s aplikací transfúze
- Verifikační protokol pro stranové výkony
- Anesteziologický dotazník
- Edukační list

Lékař s pacientem sepíše anamnézu, která obsahuje veškeré pravdivé informace o pacientovi a naordinuje případná další vyšetření (RTG, laboratorní testy atd.). Informuje pacienta o způsobu operace, průběhu hospitalizace, době rekonvalescence, možná rizika spojená s operací a zodpovídá pacientovi dotazy (Sosna et al., 2003)

2.6 Příprava pacienta během hospitalizace

„Často se stává, že pacient před výkonem nemá dostatek informací ohledně zákroku, nedozví se, co je potřeba si zajistit před operací, jaký bude muset dodržovat režim a které pomůcky jsou pro něj nejvhodnější. Někteří pacienti si nedokážou představit, co je v nejbližších dnech po operaci vůbec čeká a jak zákrok ovlivní jejich život po propuštění z nemocnice. Díky dostatečné edukaci se mohou obavy z operace snížit. Edukace musí být pro pacienta srozumitelná a pochopitelná.“ (Sigmundová, 2010)

V období před operací se musí pacient seznámit a být informován o mnoha věcech. Veškeré tyto informace je dobré podávat i písemnou formou aby si je mohl pacient kdykoliv přečíst v případě, že by si nebyl jistý dalším průběhem. V dalších kapitolách je popsán průběh další hospitalizace a veškeré informace, o kterých by měl být pacient poučen.

2.6.1 Příprava pacienta v den příjmu

V den příjmu je pacient seznámen s:

- Právy pacientů
- Domácím řádem
- Nutnosti nošení identifikačního náramku
- Funkcí signalizačního zařízení
- Prevencí rizika pádu

V den příjmu je pacient navštíven anesteziologických lékařem, se kterým se pacient domluví na způsobu anestezie (možnost celkové nebo svodné anestezie). Také se tomu může říkat Anesteziologická vizita. Dle Larsena (2004) anesteziolog ordinuje léčebná a diagnostická opatření, které jsou ze strany anestezie důležitá na zmenšení pooperačního rizika pro pacienta. Anesteziolog se seznámí s anamnézou pacienta a vyšetří dle potřebného rozsahu (důležité je zjištění vzhledu vstupu do dýchacích cest pro intubaci pacienta) (Bratová et al., 2011).

Pacienta navštíví také fyzioterapeut, který pacientovi vysvětlí způsob chůze o podpažních berlích po operaci. Zaměřuje se též na nácvik sedu, otáčení se na bok a břicho a nácvik chůze po schodech (Knížová, 2008).

Dle Nováčka (2007) je předoperační rehabilitace nejzanedbávanější částí. Uvádí, že cílem této části by měl být důkladný rozbor pohybových schopností a funkcí pacienta k získání podvědomí o jeho fyzické i psychické připravenosti.

Je pro pacienta výhodou, když přichází k operaci s již naučenými pohybovými stereotypy, zvládá chůzi o berlích a je seznámen se cviky, které bude provádět po operaci. Takový pacient lépe spolupracuje s fyzioterapeutem a je schopen sám poznat špatně provedený pohyb (Koutný, 2001).

Předoperační rehabilitace by měla být dle Nováčka (2007) soustředěna na:

- 1) protahování přetížených a zkrácených svalových skupin

- 2) zdržený a pokud možno zvětšení rozsahu pohyblivosti postiženého kloubu (pomocí aktivního cvičení, pasivního cvičení, hydrokineziterapie)
- 3) nácvik chůze o berlích (podpažních, francouzských), i po schodech, nácvik sedu a přetáčení se v lůžku
- 4) zmírnění svalové nevyváženosti reedukcí správného stereotypu extenze a abdukce kyčle
- 5) seznámení se s pohyby, které mohou způsobit luxaci kyčle
- 6) dechová gymnastika, kondiční cvičení a cviky na prevenci TEN
- 7) snížení hmotnosti pomocí diety a pohybu
- 8) psychologická příprava na operaci
- 9) případnou předoperační lázeňskou rehabilitaci

V den před operací může pacient jíst i pít až do půlnoci. Nedoporučují se však těžce stravitelná jídla. Tekutiny, nejlépe neochucené neperlivé vody, je vhodné vypít hodně (alespoň více než 2 litry), aby nedošlo k dehydrataci.

Den před operací se také dle zvyklosti oddělení podává klyzma nebo čípky k vyprázdnění střev.

Příprava operačního pole se provádí den před operací, některé nemocnice však tuto přípravu provádí až v den operace. Pacient by se měl před operací pečlivě osprchovat, aby jel na operační sál čistý. V den operace se nedoporučuje sprchování po podání premedikace. Mohlo by to zapříčinit pád pacienta.

Večer dostane pacient léky na zklidnění a lepšímu spánku před operací. Než jde pacient spát, měl by si ještě připravit věci, které bude potřebovat na jednotce intenzivní péče, kam bude po operaci odvezen (brýle, zubní náhrady, klíče od skříňky s jeho věcmi, mobilní telefon aj.) (Sosna et al., 2003; Sigmundová, 2010)

2.6.2 Příprava pacienta v den operace

V den operace by měl pacient dodržovat klidový režim a pohybovat se maximálně po pokoji, neboť léky, které anesteziolog naordinoval, mohou způsobovat riziko pádu.

Pacient nesmí samozřejmě nic jíst a pít a nesmí kouřit. Jako prevenci tromboembolické nemoci (TEN) jsou pacientovi udělány na dolních končetinách bandáže. U starších osob nebo u reoperací se doporučuje zavést permanentní močový katetr (PMK) (Sigmundová, 2010; Sosna et al., 2003).

Na operační sál je pacient odvezen v pořadí dle operačního programu bez veškerých šperků, zubní náhrady a oblečení (je přikryt kapnou).

„Pacient ve věku nad 65 let je jistě více ohrožen pooperačními komplikacemi než pacient mladší věkové kategorie.“ Z tohoto důvodu je nutné u pacienta před operací zhodnotit i stav výživy a hydratace a další faktory, které mohou ovlivnit pooperační období (Jurašková, 2007). U pacientů, kteří zároveň trpí diabetem, by měla být zvláštní péče spočívající v častém měření hladiny glykemie a podání infúze glukózy s inzulínem dle typu diabetu a ordinace lékaře (Rybka, 2001)

2.7 Operace TEP

Na operačním sále si pacienta od personálu oddělení přebírá „sálová sestra“. Pacient je postupně přesunut na operační stůl, je mu zaveden periferní žilní vstup a přiloží se neutrální elektroda. Na operačním sále se znovu ověřuje strana, která se bude operovat a zda pacient nemá alergii na léky, které se budou podávat v době anestezie. Operace TEP se nejčastěji provádí na zádech s podloženou končetinou (Rozmahelová, 2008).

Na vlastní operaci se podílí nejčastěji tým 3 až 4 osob (operatér a dva až tři asistenti). Výkon trvá individuálně dlouhou dobu, většinou 1 – 2 hodiny. Po tuto dobu je pacient uveden do hluboké anestezie, u svodné anestezie je pacient tlumen a sníženo vnímání bolesti (Sosna et al., 2003).

Operace TEP musí být prováděna v přísně aseptickém režimu. Personál operačního sálu musí přísně dodržovat hygienický režim (Koudela, 2003).

„V průběhu operace je nahrazen kyčelní kloub endoprotézou. Po získání dostatečného přístupu je odstraněna poškozená hlavice stehenní kosti. V kloubní jamce je v případě tzv. totální náhrady odstraněna postižená chrupavka a do takto připraveného kostního lůžka je upevněna umělá kloubní jamka. Dále je do horního konce stehenní kosti vyhlouben kanál a do něj je zaveden dřík endoprotézy s hlavicí. Nakonec je tato umělá hlavice zakloubena do jamky a spojení mezi stehenní kostí a pánevní obnoveno. Celá rána je pečlivě sešita, odetnuté svaly opět připevněny stehy ke svým úponům. Aby se v operační ráně nevytvořil krevní výron, který by mohl být živnou půdou infekce, jsou z rány vyvedeny odsavné drény. Ty odvádí krev z operačního pole jeden až dva dny po výkonu.“ (Sosna et al., 2003).

Po skončení výkonu je pacient vyveden z anestezie a přeložen na jednotku intenzivní péče (JIP).

2.8 Bezprostřední pooperační péče

V bezprostředním pooperačním období je nemocný uložen na ortopedickou JIP, a to nejméně 1 den.

Po operaci je nutné sledovat základní vitální funkce – činnost mozku, dýchání, krevní oběh. (Vokurka et al., 2007) Sestra sleduje puls, krevní tlak, EKG, SpO₂, dech – frekvenci, kvalitu a stav vědomí (hodnocení stavu vědomí dle Glasgowa viz. příloha F). Z důvodu krevních ztrát a anestezie po operaci kolísá krevní tlak. Velmi často prudce klesá, a proto jsou podávány koloidy (např. Tetraspan) nebo Ephedrin (ten se podává v případě, že klesá i puls).

Na bolest jsou aplikovány opiáty v kombinaci s nesteroidními analgetiky (dle ordinace lékaře).

Jelikož jsou operováni většinou pacienti vyššího věku, tak mají většinou přidružené choroby, tzn., že jsou rizikovější, záleží na ASA klasifikaci (viz. příloha G), a tím pádem je nutné ohlídat i to, co je spojeno s jeho anamnézou (např. glykemie u diabetiků, u pacientů se srdeční chorobou riziko AIM).

Sestra u pacienta sleduje i operační ránu a obsah radonu. U některých pacientů se používá tzv. Orthopass, který umožňuje 6 hodin po nasazení, vrátit krev zpět pacientovi jako autotransfúzi (Jakubíčková, 2007).

Po odeznění anestezie, tj. asi 2 hodiny může nemocný přijímat opatrně doušky čaje, přibližně po 6 hodinách tekutou stravu a postupně přecházet na dietu před operací. Pokud je pacient operován pod regionální anestézií (např. subarachnoideální) může přijímat tekutiny v podstatě ihned (pokud neměl v průběhu operace ještě pod jiný druh anestezie).

Nemocný má operovanou končetinu v antirotáční botě, a to z důvodu udržení končetiny ve správné poloze, tj. ve vnitřní rotaci. Na neoperované končetině je přiložena bandáž, aplikujeme s.c. heparin jako prevenci TEN.

Hygienickou péči provádí nemocný na lůžku s naší pomocí. Vyprazdňování je také na lůžku (Radoušová, 2000).

Všechny změny, které u pacienta nastanou, sestra pečlivě zapisuje do dokumentace a hlásí lékaři (Matušová & Lukešová 2010).

2.9 Ošetrovatelská péče po překladu na standardní oddělení

Pokud na JIP probíhá vše bez komplikací, je pacient nejčastěji 1. den po operaci přeložen na standardní ortopedické oddělení. V následujících kapitolách je uvedeno na co by se měli sestry i pacient zaměřit.

2.9.1 Sledování bolesti u pacientů po operaci TEP kyčle

Operace TEP kyčle je náročný a bolestivý výkon. Snižováním bolesti u pacienta zlepšuje rekonvalescenci. Pacient může více a lépe rehabilitovat. Sestra by měla zabránit tomu, aby pacient bolest vůbec cítil. Zabráni tím tak, že bude bolest monitorovat a podávat pacientovi analgetika dle ordinace lékaře. Bolest je možné monitorovat dle škál zobrazených v příloze č. 4.

2.9.2 Péče o operační ránu a žilní vstupy

Sestra musí ránu udržet v suchu a čistotě. Stehy se vytahují dle standardů oddělení a celkového vzhledu rány 12. až 14. den. Vhodné je také nejprve 10. den vyndat půlku stehů a 12. den zbytek.

Pacient je nejčastěji přeložen na standardní oddělení s jedním žilním vstupem. Pokud dojde ke znečištění krytí, měla by ho sestra okamžitě vyměnit. Také musí sledovat sebemenší známky infekce (bolestivost na pohmat, zarudlé, oteklé okolí...). Infikovanou kanylu musíme ihned odstranit (MSM, 2004).

2.9.3 Prevence žilní trombózy

Musil (2009) uvádí, že „riziko flebotrombózy u pacienta po totální endoprotéze velkých kloubů a zlomenině krku kosti stehenní je asi 50%. Symptomatická TEN se objevuje ve 2% až 5%. Vysoké riziko TEN přetrvává asi 3 měsíce po operaci, přitom nejvíce úmrtí vzniká ve 2. a 3. pooperačním týdnu (77 %).“

Způsoby prevence TEN se dělí na farmakologické a nefarmakologické. Mezi nefarmakologické způsoby patří aplikace kompresních punčoch, intermitentní pneumatická komprese (IPK), časná mobilizace, dorzální a plantární flexe (ohnutí nohy nahoru – do hřbetu a ohnutí nohy do plosky). Farmakologickou metodou je nefrakcionovaný heparin, nízkomolekulární heparin (Clexane, Fraxiparine), perorální

antikoagulancia (Warfarin), syntetický polysacharid (nepřímý inhibitor faktoru Xa), kyselina acetylsalicylová (ASA).

Tím, že jsou použity farmakologické a nefarmakologické metody zároveň snižujeme riziko pooperační trombózy až o 60 %. V době, kdy pacient po operaci prozatím nemůže vstát, se doporučuje cvičení dorzální a plantární flexe k podpoře svalové pumpy na dolních končetinách (každou hodinu alespoň minutu). Ideální je, když je pacient chopen vertikalizme do tří dnů po operaci.

Doba prevence tromboembolie u operace endoprotézy kyčelního kloubu je optimálně 6 týdnů po operaci (Chlumský et al., 2005, s. 150-155).

2.9.4 Prevence dekubitů

Ošetrovatelská péče je mimo jiné zaměřena i na prevenci dekubitů. Pacient má po operaci sníženou pohyblivost, takže by tomu měla sestra věnovat náležitou pozornost. Nejlepší prevencí je časná vertikalizme pacienta a udržení pacienta v čistotě a suchu.

2.9.5 Výživa

Výživa pacienta je nastavena dle standardů oddělení a je založena na dostatečném přísunu energie a bílkovin. Pokud pacient nemá jiné dietní omezení (diabetickou dietu, dietu s omezením tuku) dostává klasickou dietu č. 3 (racionální). Nedostatečná výživa by mohla prodloužit dobu hojení.

Pacient by měl denně vypít 2 – 3 litry tekutin (Sosna, 2003, s. 30).

2.9.6 Vyprazdňování

Dokud pacient není schopen chůze, vyprazdňuje se na lůžku. Rizikovým pacientům je zaveden PMK, popřípadě chodí na toaletu v doprovodu zdravotního personálu.

2.9.7 Hygienická péče

V prvních dnech po operaci je pacient nucen provést hygienu s pomocí sestry na lůžku. Doba se mění v závislosti na délce zavedení drénu a celkového stavu a kondice pacienta.

Druhý den po operaci už může být pacient posazen „s nohama dolů“ a sestra pacientovi dopomůže s hygienou stejně, jak je zmíněno v kapitole 8. V dalších dnech je

už pacient většinou schopen přesunu k umyvadlu v koupelně. Zdravotnický personál pacientovi dopomůže dle potřeby.

Sestra by po celou dobu hospitalizace měla zajistit dostatečnou hygienu pacienta.

2.10 Rehabilitace u TEP kyčelního kloubu

Rehabilitaci u TEP kyčelního kloubu můžeme rozdělit do tří fází:

- Předoperační rehabilitace (viz. kapitola 2.6.1)
- Pooperační rehabilitace v době hospitalizace
- Pooperační rehabilitace po propuštění

2.10.1 *Pooperační rehabilitace v době hospitalizace*

Cílem pooperační rehabilitace v nemocnici je nácvik chůze, aniž by pacient zatížil operovanou nohu, prevence TEN a luxace kyčle, bronchopneumonií, dekubitů, vertikalizme pacienta, dosáhnou co největší možné soběstačnosti pacienta. Každý pacient je jiný, a proto nelze uplatnit přesně strukturalizovaný postup rehabilitace.

Pohyb pacienta po operaci limituje bolest a otok operované kyčle. Je nutné pacientovi bolest co nejvíce snížit, aby se pacient mohl plně soustředit na cviky.

K rehabilitaci se užívají nejrůznější pomůcky, jako např. klín mezi kolena, antirotační botička atd. (Morkesová & Urbancová, 2008).

Pacient nesmí provádět pohyby, při kterých by hrozila luxace kyčle. Nebezpečné je křížení nohou a hluboký posed, při kterém by vznikla flexe v kyčelním kloubu větší než 90°. Proto by měl pacient myslet, na nástavec na WC, zvýšenou postel a zvýšenou židli. Pacient by se nikdy neměl shýbat k zemi nebo předklánět a otáčet rychle trupem.

Při uléhání a vstávání z postele by bylo ideální lůžko přístupné z obou stran, pokud to však nelze, doporučuje se mít volný okraj na operované straně. Pokud pacient vstává na neoperované straně, tak by se měl nejprve přesunout na okraj lůžka. Poté dát na zem neoperovanou končetinu, opřít se rukama o postel a následně pomalu spustit operovanou končetinu. Nikdy by neměl být kyčelní kloub nadměrně ohnut. Při ulehání pacient potupuje podobně. Nejprve se mírně posadí na kraji lůžka, opře se rukama o postel a pomalu se přesouvá šikmo do lůžka. Nejprve na lůžko zvedne neoperovanou končetinu a pak operovanou (Sosna et al., 2003).

1. až 2. den po operaci pacient provádí po edukaci fyzioterapeuta dechová cvičení, aktivní cvičení zdravých končetin a u operované nohy pohyb v hlezením kloubu.

3. den přidáváme aktivní cvičení operovanou nohou s dopomocí fyzioterapeuta. Cvičení můžeme provádět vleže i vsedě se spuštěnými dolními končetinami z lůžka. Postupně procvičujeme extenzi v koleni na operované končetině a nácvik rovnováhy kvůli postupné vertikalizaci. U starších a nestabilních osob doporučujeme podpažní hole. Zátěž operované nohy by neměla přesáhnout 1/3 hmotnosti (míru zátěže určuje operatér) a pokud měl pacient dříve operovanou i druhou končetinu měl by ji také výrazně odlehčit na 1/2 hmotnosti. Chůze je tzv. třídobá, kdy pacient nejprve předsune obě berle, poté operovanou nohu a nakonec zdravou. Důležitá je vhodná obuv a dodržování zásad prevence pádu.

4. až 5. den pacient pokračuje v aktivním cvičení se zaměřením na operovanou končetinu. Můžeme přidávat také přetáčení na neoperovaný bok, při kterém je nutné udržet polštář mezi koleny. Pacient by již měl zvládat stoj i třídobou chůzi aniž by zatěžoval operovanou končetinu.

6. den pacient pokračuje v nácvik chůze a cvičení doporučené fyzioterapeutem. Postupně se zdokonaluje a zlepšuje svoji kondici.

Od 7.dne přidává fyzioterapeut nácvik chůze po schodech. Chůze dolů probíhá ve stejném pořadí jako chůze po rovině. Nahoru musí pacient vyjít nejprve zdravou nohou, pak nemocnou a na závěr hole.

Pacient by měl již zvládat základní samoobsluhu a měl by být poučen o režimu po propuštění, které bývá 12. až 14. den (Knížová, 2008; Uiberlayová, 2010).

2.10.2 Pooperační rehabilitace po propuštění

Pacient, který je propuštěn do domácí péče by měl mít zajištěnou ambulantní rehabilitaci. Také může podstoupit ústavní rehabilitaci. To záleží na možnostech a schopnostech pacienta.

Na francouzské hole pacient přechází po třech měsících po operaci, kdy už zatěžuje operovanou končetinu na 50%. Pokud jde vše bez komplikací, po šesti měsících chodí pacient o vycházkové holi. Pacient by si měl osvojit správný stereotyp chůze (Knížková, 2008; Uiberlayová, 2010).

Knížková (2008) „*doporučuje po operaci jízdu na rotopedu, cvičení v bazénu, plavání a pravidelné cvičení.*“

Pacient nesmí křížit dolní končetiny po dobu tří měsíců. Při přetáčení v lůžku na zdravý bok (ne na operovaný) si pacient musí mezi kolena vložit polštář (Knížková, 2008; Uiberlayová, 2010).

2.11 Propuštění pacienta do domácí péče

Pacient je do domácí péče propuštěn po vytažení stehů. Pokud je přeložen do jiného zdravotnického zařízení – např. na rehabilitační oddělení. Pacienti, kteří z oddělení odchází domů, by měli mít zajištěnou osobu, která jim bude pomáhat při běžných domácích aktivitách.

Do první kontroly po operaci by měl pacient dodržovat předepsaná doporučení:

- rehabilitaci (cvičení, správná chůze, odlehčování...)
- zakázané pohyby (viz výše)
- prevenci TEN (bandáže, antikoagulancia, dostatek tekutin...)
- v případě infekce ihned navštívit lékaře (toto pravidlo platí doživotně)

V životě člověka po operaci TEP nastává mnoho činností, které se zdravým lidem zdají samozřejmé, ale pro ně je to problém. Mezi ně patří i nastupování do auta. Pacient by si měl při nasedání do auta dávat velký pozor na luxaci. V autě musí být pro pacienta dostatek prostoru, aby do něj pacient mohl nasednout podobně, jako když lehá do postele.

Pacienti převážně mladšího věku si často kladou otázku, jak to bude po operaci se sexuálním životem. V této oblasti je nutná velká ohleduplnost a snaha partnera. Základním pravidlem je vyvarovat se pohybům, které by mohly kloub poškodit. Jiné omezení zde není (Sosna et al., 2003).

Sosna (2003) doporučuje provádění hygieny ve sprchovém koutě, ve kterém je zabudováno madlo a dána protiskluzová podložka. V případě, že má pacient v bytě pouze vanu, neměl by si nikdy sedat úplně na dno. Vhodnější je využití sedátka.

2.12 Nejčastější komplikace TEP kyčelního kloubu

„Komplikace náhrady kyčelního kloubu lze rozdělit na peroperační a časné a pozdní pooperační. Frekvence komplikací naštěstí není častá, a většinu lze vyřešit ad integrum“ (Trč, 2008).

2.12.1 Předoperační komplikace

Tyto komplikace jsou nejčastěji dány špatným výběrem pacienta nebo implantátem (Janiček, 2007, s. 103).

2.12.2 Peroperační komplikace

Mezi pooperační komplikace se zahrnuje poškození nervů, cév či zlomeninu kosti (acetabula nebo ramének). Z nervů může být poškozen n. femoralis, n. ischiadicus, n. cutaneus femoris lateralis. Z cév je to nejčastěji a. nebo v. femoralis. Chybnou implantací jamky nebo dřívku může být způsobena časná luxace nebo zvýšený otěr implantátu. To patří dle Janička (2001) k nejčastějším pooperačním komplikacím.

2.12.3 Pooperační komplikace

Pooperační komplikace můžeme rozdělit na časné, středně pozdní a pozdní.

2.12.3.1 Časné

V časném pooperačním období může nastat mnoho komplikací, na které je nutno dávat pozor a předcházet jim.

Mezi nejzávažnější komplikace patří infekce. Té můžeme zabránit pečlivým předoperačním vyšetřením, při kterém je odhalena případná infekce močových cest, stomatologické ložisko, gynekologické infekce a další.

Dle Čecha (2004) jsou rizikové faktory vzniku infekce rozděleny na faktory týkající se pacienta, faktory z předoperačního a z operačního sálu. Mezi faktory týkající se pacienta řadí revmatoidní artritidu, nekompenzovaný diabetes mellitus, nedostatečná výživa, močová infekce, nadváha až obezita, vysoký věk a kožní onemocnění (erysipel, psoriáza vulgaris). K předoperačním faktorům se řadí pobyt na oddělení delší než 6 dní (nozokomiální nákazy) a oholení místa provedení operace dříve než v operační den.

Rizika spojená s operačním sálem jsou špatná klimatizace, zbytečně velký počet osob na operačním sále a nedostatečná desinfekce operačního sálu.

Protože je, jak bylo uvedeno výše infekce velikou komplikací, je důležitá její důsledná prevence. K prevenci se užívají antibiotika během operace už v době prvního řezu, ale i po operaci. Z tohoto důvodu je doporučovaná doba podání antibiotika již 2 hodiny před operací. Na otázku do kdy by se měla antibiotika užívat, se autoři zabývající se touto problematikou, nemohou shodnout. V literatuře je uvedeno podávání antibiotik od jednoho dne až po týden, popřípadě po dobu zavedení Redonova drénu (Jahoda, 2008).

Trampuz (2005) dle Jahody (2008) uvádí, že infekční komplikace jsou sice méně časté než aseptické uvolnění kloubu, za to je však více devastující. Více zatěžující je nejen z důvodu toho, že infekce zatěžuje celý organismus, ale také proto, že léčba je velice finančně náročná. Dokonce dražší než reimplantace z důvodu luxace.

Další možnou vážnou komplikací, která může ohrozit život pacienta je flebotrombóza a její možné komplikace (jednou z nich je i plicní embolie). Z tohoto důvodu musí pacient dodržovat preventivní opatření: bandáže dolních končetin od operace až do doby určené lékařem (většinou do první kontroly), užívat léky proti srážlivosti krve do doby doporučené lékařem, včasná mobilizace a dostatečný příjem tekutin.

Luxace totální endoprotézy je další z možných komplikací. Této komplikaci je možné předcházet dodržováním doporučeného rehabilitačního režimu (nepřekřížovat dolní končetiny, pokrčení končetiny na více než 90° a další (Sosna et al., 2003; Janíček, 2007). *„Za předpokladu, že pacient souhlasí, pokusí se lékař provést repozici při plném vědomí za asistence 1-2 osob, které fixují pánev. Správně vedený repoziční manévr trvá velmi krátkou dobu a výsledkem je zakloubení luxované hlavice zpět do jamky. Někdy se repozice nepodaří a je nutno provést nápravu v celkové anestezii. Pacient zůstává na lůžku 2-3 týdny, záleží na stavu implantátu, kondici pacienta a také na tom, zda se jedná o první, či opakovanou luxaci“* (Vejvodová, 2006).

Syndrom tukové embolie a krvácení jsou další komplikace, které mohou v časném období po operaci nastat. V případě tukové embolie musí být okamžitě zahájena intenzivní nebo resuscitační péče. U krvácení se krevní ztráty hradí krevními náhradami, popřípadě revizí při podezření na poranění cév (Koudela, 2003, s. 102)

2.12.3.2 Středně pozdní

Mezi možné komplikace, které je možné zařadit jako tzv. středně pozdní, patří rozestup rány (dehiscence rány), hematom (pak je nutno provést revizi rány) a infekci (Koudela, 2003, s. 102).

2.12.3.3 Pozdní

Mezi pozdní komplikace řadíme aseptické uvolnění totální endoprotézy. Tato komplikace může být způsobena mnoha příčinami, například je to tzv. polyetylenová nemoc z otěru. Další pozdní komplikací je peripatetická zlomenina z důvodu rozdílného přenosu sil při úrazu (Janíček, 2007).

3 Empirická část

V empirické části bakalářské práce budou na úvod uvedeny cíle empirické práce a pracovní hypotézy. Dále bude pokračovat popisem metodiky práce, organizace šetření a popisem zkoumaného vzorku. Následují výsledky jednotlivých otázek dotazníkového šetření a zhodnocení výsledků v závěrečné diskusi, kterou bude empirická část zakončena.

3.1 Cíle a pracovní hypotézy

3.1.1 Cíle empirické části bakalářské práce

- Pomocí strukturovaného dotazníku zjistit míru informovanosti pacientů o léčebném režimu po operaci kyčelního kloubu.
- Provést primární a statistickou analýzu dat.
- Zhodnocení vědomostí a informovanosti sledovaných respondentů o léčebném režimu po operaci kyčelního kloubu.

3.1.2 Pracovní hypotézy, které budou v empirické části zkoumány

H1:

Předpokládám, že více než nadpoloviční většina respondentů budou ženy.

H2:

Předpokládám, že respondenti ve věku 61 – 70 let budou představovat významnou většinu dotazovaných.

H3:

Předpokládám, že více než 70 % respondentů bude informováno o pooperačním režimu písemnou i ústní formou.

H4:

Předpokládám, že více než 60 % respondentů bude mít základní znalosti o pooperačním režimu.

H5:

Předpokládám, že více než 50 % respondentů plně dodržuje zásady pooperačního režimu, aby u nich nevznikly komplikace.

3.2 Metodika šetření

Výzkumné šetření bylo prováděno na ortopedickém oddělení Nemocnice sv. Zdislavy po předchozím souhlasu vrchní sestry nemocnice (viz. Příloha A – Žádost o povolení dotazníkového šetření). Respondenti anonymně odpovídali na dotazník na předem vytisknutém formuláři.

3.2.1 Stavba dotazníku

Dotazník obsahoval 21 otázek. Dotazník byl sestaven pomocí uzavřených a polouzavřených otázek. První dvě otázky jsou segmentační, ve kterých byli respondenti dotazováni na věk a pohlaví. Otázka číslo 3 a 21 se týkaly důvodu operace a dnu po operaci. Další skupinu otázek (č. 4, 5, 6, 16, 17, 18, 20) tvořily otázky zabývající se samotnou edukací. Kdo respondenta edukoval, jak dlouhou dobu, jakou formu k tomu personál používal, zda se respondent cítí dostatečně informován a zda mu to napomohlo ke zvládnutí pooperačního období. Otázku číslo 19 jsem zvolila jako kontrolní.

3.2.2 Zpracování dotazníku

Dotazník jsem zpracovala pomocí programu Microsoft Office Excel 2007. V tomto programu jsem za pomoci kontingenční tabulky vytvořila tabulky a grafy k pozdějšímu prezentování výsledků šetření.

3.3 Organizace šetření

Jak jsem již výše zmínila, šetření bylo prováděno na oddělení ortopedie v Nemocnici sv. Zdislavy. A to v období od prosince do února. Dotazníky jsem pacientům rozdávala zpočátku osobně. Později mi s distribucí pomáhala také staniční sestra ortopedického oddělení Martina Kubišová. Respondenti měli na vyplnění dostatečný časový prostor a při zpětném vybírání dotazníku mohli respondenti pokládat případné otázky.

Celkem bylo rozdáno 42 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 100%, dva dotazníky však byly nedostatečně vyplněné a proto byly z výzkumu vyřazeny.

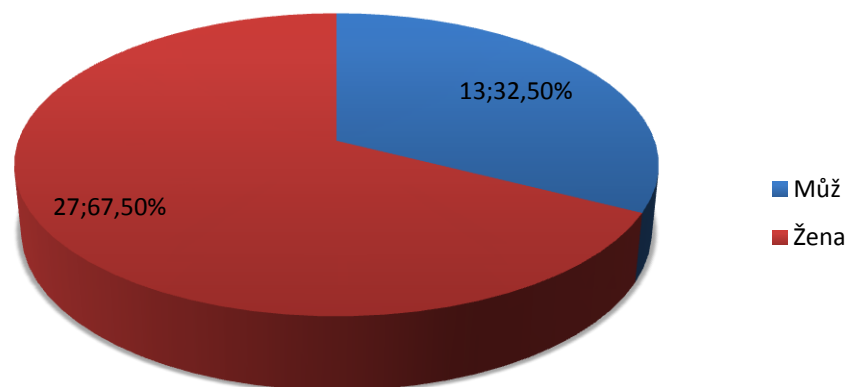
3.4 Charakteristika a popis zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek byl složen z pacientů, kteří prodělali operaci kyčelního kloubu – TEP kyčelního kloubu na ortopedickém oddělení Nemocnice sv. Zdislavy. Výběr respondentů pro můj vzorek nebyl omezen věkem, dnem po operaci ani jinými charakteristikami.

3.5 Výsledky vlastního zkoumání

Otázka č. 1: Pohlaví

3.6 První otázka mého šetření se dotazovala na pohlaví respondentů.



Obrázek 1: Pohlaví respondentů

Obrázek 1 znázorňuje pohlaví respondentů zapojených do dotazníkového šetření. Z dotazovaných 40 respondentů (100%) uvedlo ženské pohlaví 27 (67,50 %) a mužské pohlaví 13 (32,50 %). Do šetření byli zapojeni všichni pacienti, kteří byli hospitalizováni na Ortopedickém oddělení v období provádění mého dotazníkového šetření.

Z celkového počtu 42 dotazníků nakonec bylo použito 40. Zbylé dva dotazníky byly vyřazeny z důvodu nedostatečného vyplnění.

Otázka č. 2: Věk respondentů

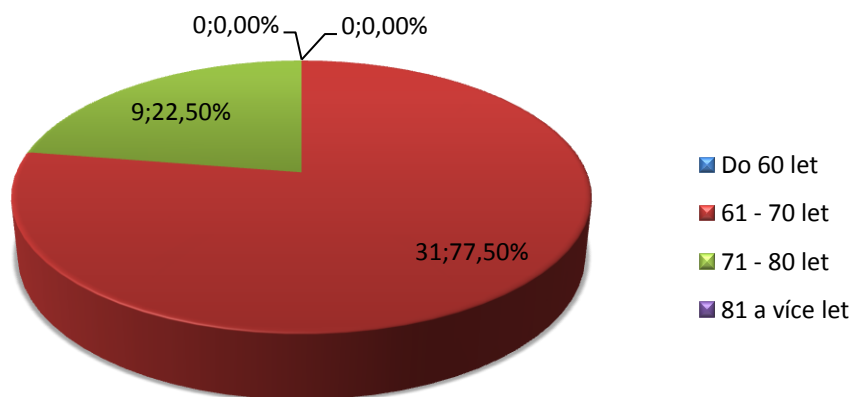
Tato otázka byla do dotazníku zařazena, abychom měli přehled, ve kterém věku, s ohledem na zkoumaný vzorek, je operace nejčastěji prováděna.

Tabulka 1: Věk respondentů (ženy a muži)

Věk	Ženy		Muži	
	n	%	n	%
Do 60 let	0	0,00	0	0,00
61 - 70 let	22	81,48	9	69,23
71 - 80 let	5	18,52	4	30,77
81 a více let	0	0,00	0	0,00

Tabulka 1 ukazuje, že statisticky významná většina respondentů se pohybuje ve věku 61 - 70 let a to ve skupině žen i mužů. U ženského pohlaví byl věk 61 – 70 let uveden 22 (81,48%) a u mužského 9 (69,23%). Odpověď „Do 60 let“ a „81 a více let“ neodpověděl nikdo z respondentů. Z toho usuzují, že onemocnění, které vedou k operaci kyčelního kloubu, se objevují nebo se významně zhoršují až po 60 roce života.

Obrázek 2 je znázornění věku respondentů pomocí výsečového diagramu věku respondentů bez závislosti na pohlaví, tj. celého souboru respondentů. Více než $\frac{3}{4}$ respondentů (77,50%; n = 31) uvedlo věk v rozmezí od 61 – 70 let. Zbytek dotázaných (22,50 %; n = 9) se pohybovalo ve věku 71 – 80 let.



Obrázek 2: Věk respondentů

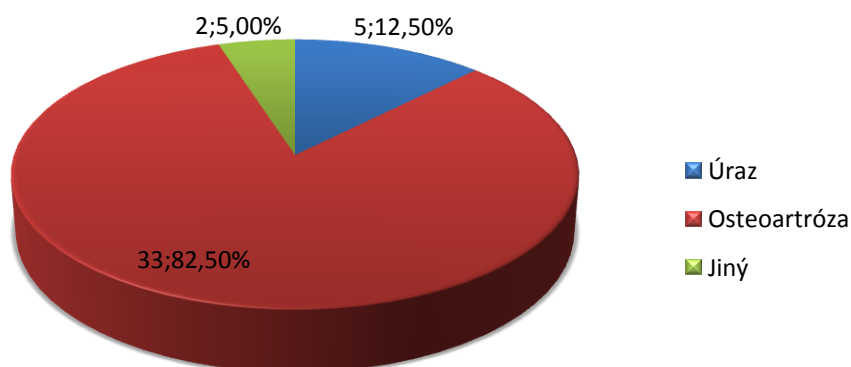
Otázka č. 3: Důvod operace

Otázku na důvod operace jsme položila z důvodu možné souvislosti mezi ním a kvalitou edukace respondenta. Tuto souvislost však nelze s jistotou potvrdit z důvodu malého výzkumného souboru a nízkého počtu operací z jiného důvodu než je osteoartróza.

Tabulka 2: Důvod operace (ženy a muži)

Důvod operace	Ženy		Muži	
	n	%	n	%
Úraz	2	7,41	3	23,08
Osteoartróza	23	85,18	10	76,92
Jiný	2	7,41	0	0,00

Nejčastějším důvodem operace je osteoartróza, kterou respondenti u žen uvedli 23 (85,18%) a v případě mužů 10 (76,92%). V obou případech se jedná o statisticky významnou většinu. Tabulka 2 zobrazuje i další důvody operace s ohledem na pohlaví respondentů, které nejsou příliš statisticky významné. Zajímavý je však poměr úrazu ku osteoartróze (u žen 2:23; u mužů 3:10).



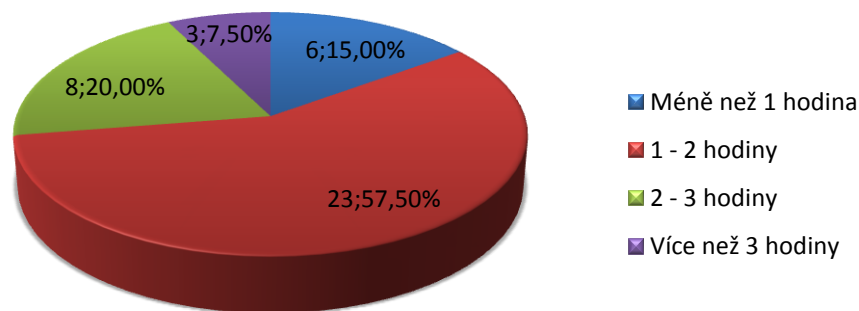
Obrázek 3: Důvod operace

Obrázek 3 představuje výsečový diagram znázorňující dva nejčastěji uváděné důvody operace. Položka „Jiné“ (n = 2; 5,00%) zahrnuje veškeré ostatní možné důvody operace, které jsou uvedeny v teoretické části v kapitole 2.2. Osteoartrózu uvedlo 33 respondentů (82,50 %) a úraz 5 respondentů (12,50%).

Otázka č. 4: Kolik času sestry a ostatní zdravotnický personál věnovaly informování Vás o pooperačním režimu?

Tato otázka byla zaměřena na průměrnou dobu edukace respondentů. Následující výsečový diagram (viz. OBR 4) zobrazuje čas, který byl věnován edukaci. Respondenti nejčastěji uváděli 1 – 2 hodiny (n = 23; 57,50%), tedy nadpoloviční většinu. V 8 případech (20,00%) edukace trvala 2 – 3 hodiny, v 6 případech (15,00%) respondenti uváděli celkový čas věnovaný edukaci méně než 1 hodinu a pouze 3 respondenti (7,50%) uvedli více než 3 hodiny.

V dalších otázkách zjistíme, zda má čas věnovaný edukaci vliv na znalosti respondentů o pooperačním režimu či naopak.

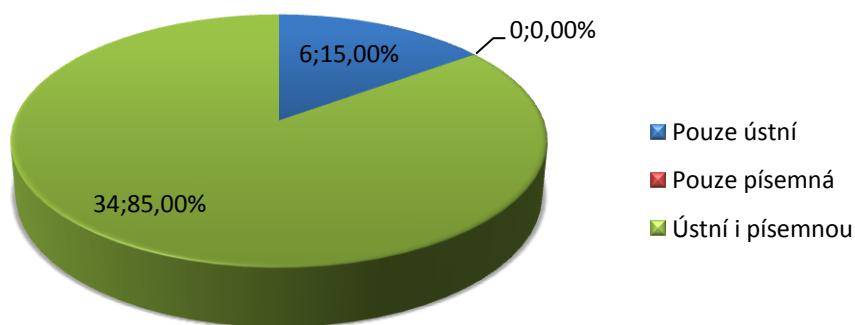


Obrázek 4: Jak dlouho byli respondenti edukováni

Otázka č. 5: Jakou formou jste byl/a informován/a?

Tuto otázku jsem do dotazníku zařadila, abych zjistila, jakou formou byli respondenti edukováni. Každý pacient před operací podepisuje informovaný souhlas, ve kterém je popsán i režim po operaci. Z tohoto důvodu usuzuji, že pokud pacient označí

odpověď, že byl edukován pouze ústně naznačuje to, že neměl dostatečný prostor pro přečtení informovaného souhlasu nebo tomu sám nevěnoval dostatečnou pozornost. V každém případě by bylo v zájmu sestry pacientovi při příjmu náležitě vysvětlit důležitost pečlivého přečtení informovaného souhlasu.



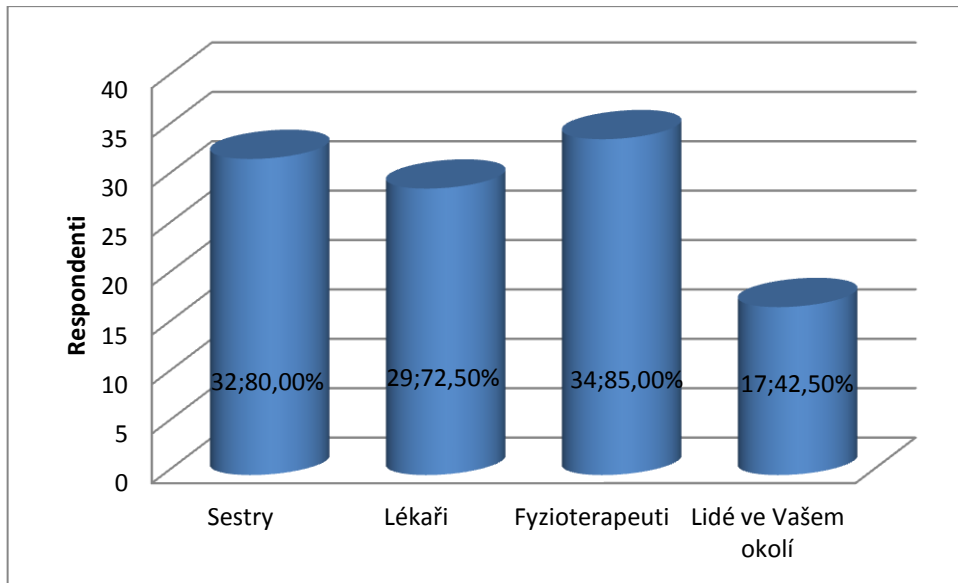
Obrázek 5: Forma edukace

Obrázek 5 představuje odpovědi na otázku: „Jakou formou jste byl/a informována o pooperačním režimu?“. Ve 34 případech (85,00%) respondenti odpověděli, že byli edukováni ústní i písemnou formou. Pouze 6 respondentů (15,00%) označilo odpověď „pouze ústní“ a „pouze písemnou“ neoznačil nikdo. Tyto výsledky bych hodnotila jako příznivé.

Otázka č. 6: Které osoby Vás informovali o pooperačním režimu

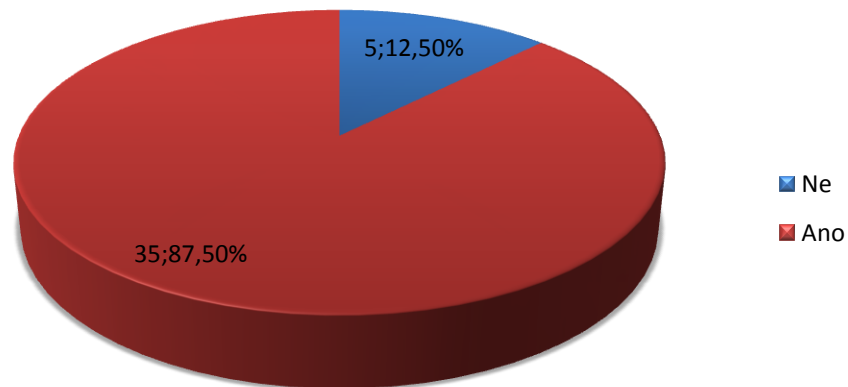
Pro pacienta je důležité vědět na koho se při nedostatku informací obrátit. Následující histogram četnosti představuje odpovědi respondentů na otázku, které osoby jim poskytl informace o pooperačním režimu a které by se do edukace měli více zapojit. Respondenti mohli uvést více odpovědí.

Z histogramu četnosti je evidentní, že o pooperačním režimu nejčastěji informují fyzioterapeuti (u 34 respondentů, 85,00%), dále pak sestry (v případě 32 respondentů, 80,00%). 29 respondentů (72,50%) obdrželo informace i od lékařů a 17 respondentů (42,50%) i od lidí ve svém okolí.



Obrázek 6: Kdo respondenty informoval o pooperačním režimu

Otázka č. 7: Bylo Vám odpovězeno na všechny otázky týkající se pooperačního režimu?

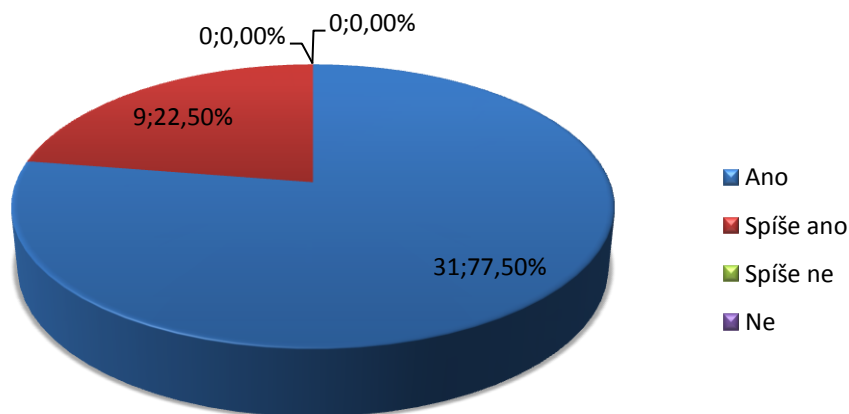


Obrázek 7: Bylo Vám odpovězeno na všechny otázky

Z dotazovaných respondentů 5 odpovědělo na otázku, zda jim zdravotnický personál odpověděl na všechny otázky o pooperačním režimu, ne. Ve zkoumaném vzorku to představuje 12,50 %.

Otázka č. 8: Domníváte se, že jste byl/a dostatečně informován/a o pooperačním režimu?

Do dotazníku jsem zařadila i tuto otázku, protože dle mého názoru není důležité vědět nejen jak dlouho a kým byl respondent edukovaný, ale také zjistit, zda se sám pacient cítí být dostatečně informovaný.



Obrázek 8: Domníváte se, že jste byl/a dostatečně informován/a o pooperačním režimu?

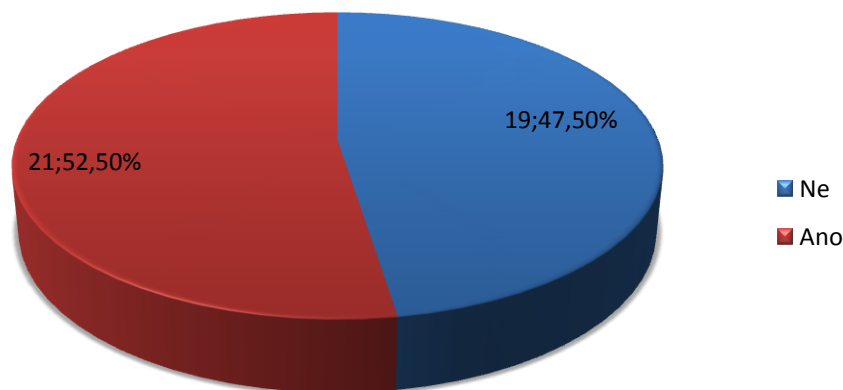
Více než $\frac{3}{4}$ respondentů (n = 31; 77,50%) odpovědělo na tuto otázku „ano“, a zbytek (n = 9; 22,50%) respondentů uvedl, že „spíše ano“. Tyto výsledky jsou výborné, neboť jsou pacienti dle těchto výsledků seznámeni s tím, co bude následovat, čemu se mají po operaci vyvarovat a další informace týkající se pooperačního režimu.

To, jestli dostatečná informovanost napomáhá ke zlepšení pooperačního období a snižuje stres z operace, se dozvíme až v dalších otázkách.

Otázka č. 9: Byl/a jste informován/a o možnosti zakoupení pomůcek na zlepšení domácího prostředí?

Existuje nespočet pomůcek, které napomáhají usnadnění života po operaci (např. nazouvací lžice s dlouhou rukojetí aj.). O těchto pomůckách by měl být pacient informován již před nástupem do nemocnice, aby si tyto pomůcky mohl pořídit. Popřípadě alespoň v prvních dnech hospitalizace, aby je mohla pořídit pacientovi

rodina. Následující výšečová graf znázorňuje počet pacientů, kteří byli o daných pomůckách informováni.

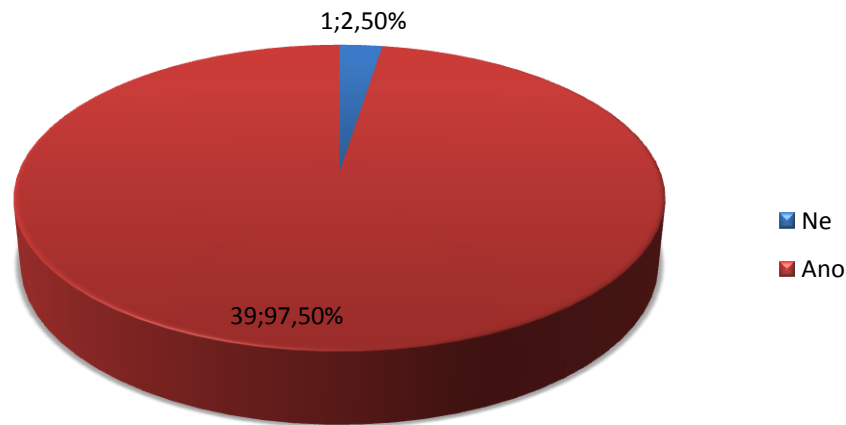


Obrázek 9: Byl/a jste informován/a o možnosti zakoupení pomůcek pro zlepšení domácího prostředí?

Obrázek 9 nám ukazuje, že pouze 21 (52,50 %) respondentů bylo informováno o možnosti zakoupení pomůcek na zlepšení domácího prostředí. Nebylo informováno 19 respondentů (47,50 %). Tyto výsledky jasně ukazují na fakt, že jsou v této oblasti pacienti nedostatečně informováni a zdravotnický personál by se na tyto informace měl zaměřit – nejlépe již v ortopedické ambulanci při plánování termínu operace.

Otázka č. 10: Byl/a jste informován/a o správném způsobu vstávání z lůžka po operaci?

Tato otázka byla do dotazníku zařazena z toho důvodu, že pro personál a hlavně samotného pacienta je důležité, aby se mohl co nejdříve po operaci posadit na lůžku a následně postavit. Pacientovi se tímlepší soběstačnost a vertikalizace působí i jako prevence TEN.



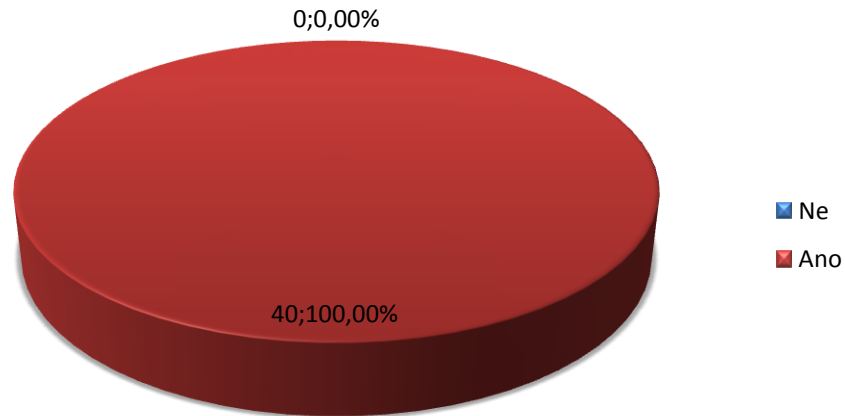
Obrázek 10: Byl/a jste informován/a o správném způsobu vstávání z lůžka po operaci?

O způsobu vstávání z lůžka, jak znázorňuje obrázek 10, bylo informováno 39 ze 40 respondentů (97,50 %). Možným důvodem, proč nebyl pouze jeden pacient informován, se budeme zabývat v diskusi.

Otázka č. 11: Byl/a jste informován/a o způsobu chůze po operaci?

Znalost správného způsobu chůze po operaci je důležitá kvůli nezatěžování operované končetiny, udržení stability při chůzi a tím zabránění možného pádu, aby si pacient sám mohl dojít na toaletu aj. Je to i příprava na propuštění do domácí péče. Pacienti by měli způsob naučený během hospitalizace dodržovat, jinak by mohli vzniknout při přetěžování nebo po pádu komplikace, které by mohli prodloužit hospitalizaci nebo být důvodem k reoperaci.

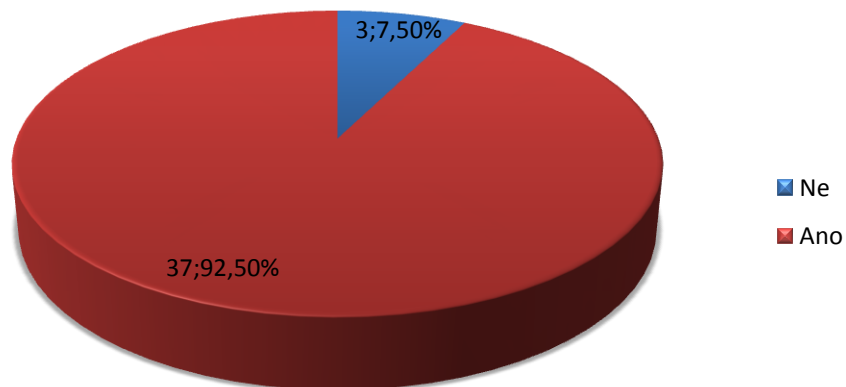
Následující výsečová diagram (Obrázek 11) ukazuje, že o správném způsobu chůze po operaci bylo informováno všech 40 respondentů (100%). Toto číslo naznačuje, že by pacienti chůze po operaci neměla dělat potíže. Tedy alespoň po teoretické stránce.



Obrázek 11: Byl/a jste informován/a o způsobu chůze po operaci?

Otázka č. 12: Byl/a jste seznámen/a se způsobem provádění hygieny po operaci?

Způsob provádění hygieny je popsán v kapitole 2.9.7. Pacient by s tím měl být seznámen, neboť to pak zlepší spolupráci pacienta se zdravotnickým personálem. Pacient by měl být smířen s tím, že se dlouhou dobu po operaci nebude moci vykoupat nebo vysprchovat.



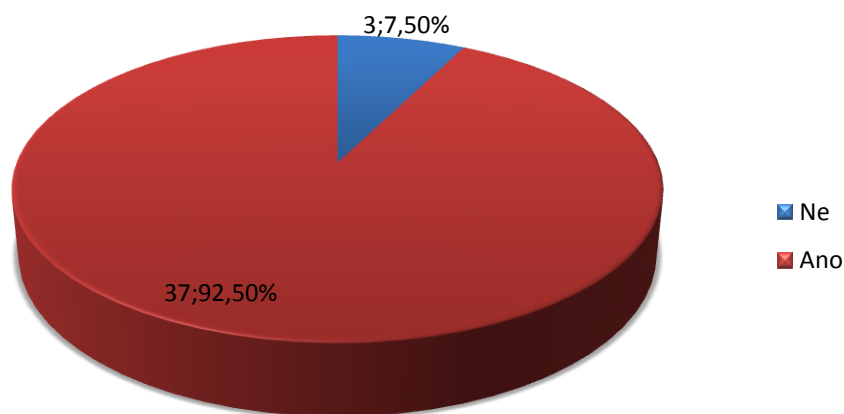
Obrázek 12: Byl/a jste informována o způsobu provádění hygieny po operaci?

Obrázek 12 znázorňuje výsledky na dotaz, zda byli respondenti informováni o tom, jak budou po operaci provádět hygienu. Z dotazovaných 40 respondentů pouze 3 odpověděli, že nebyli informováni. Představují 7,50 % z výzkumného vzorku. 37 respondentů (92,50 %) odpovědělo na otázku „ano“, což představuje statisticky významnou většinu.

Otázka č. 13: Byl/a jste informován/a o rehabilitaci po operaci?

Rehabilitace hraje důležitou část pooperačního režimu po operaci kyčelního kloubu. Pacient by měl dodržovat veškeré pokyny od fyzioterapeutů a sester. Na rehabilitaci v prvních dnech po operaci závisí i kvalita života po propuštění domů. Detailnější popsání pooperační rehabilitace je popsáno v teoretické části v kapitole 2.10.

Odpovědi na tuto otázku znázorňuje Obrázek 13.



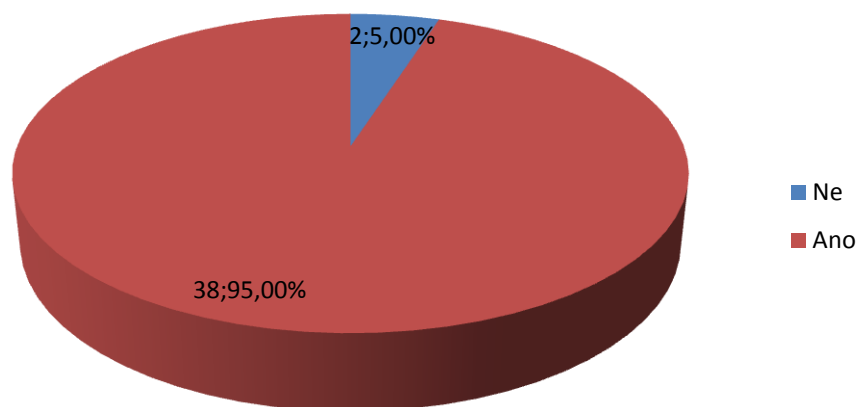
Obrázek 13: Byl/a jste informován/a o rehabilitaci po operaci?

Z výšečového diagramu znázorňující odpovědi respondentů na otázku jestli byli informováni o rehabilitaci po operaci je vidět, že 37 respondentů (92,50 %). Zbývající respondenti (n = 3, 7,50 %) s rehabilitací seznámeno nebylo. Tito respondenti tuto operaci podstoupili z důvodu úrazu (zlomenina krčku kosti kyčelní) takže předpokládám, že existuje souvislost mezi neznalostí pooperační rehabilitace a důvodem operace. Tuto hypotézu však nelze s jistotou přijmout z důvodu malého vzorku.

Otázka č. 14: Byl/a jste informován/a o riziku komplikací po operaci?

Po operaci může vzniknout nespočet komplikací ať už z důvodu samotné operace, anestezie nebo přidružených onemocnění, se kterými se pacient léčil už před operací. Pacient by měl být standardně s těmito komplikacemi seznámen v ortopedické ambulanci i při příjmu na oddělení. O rizicích anestezie by měl pacienta seznamovat anesteziolog.

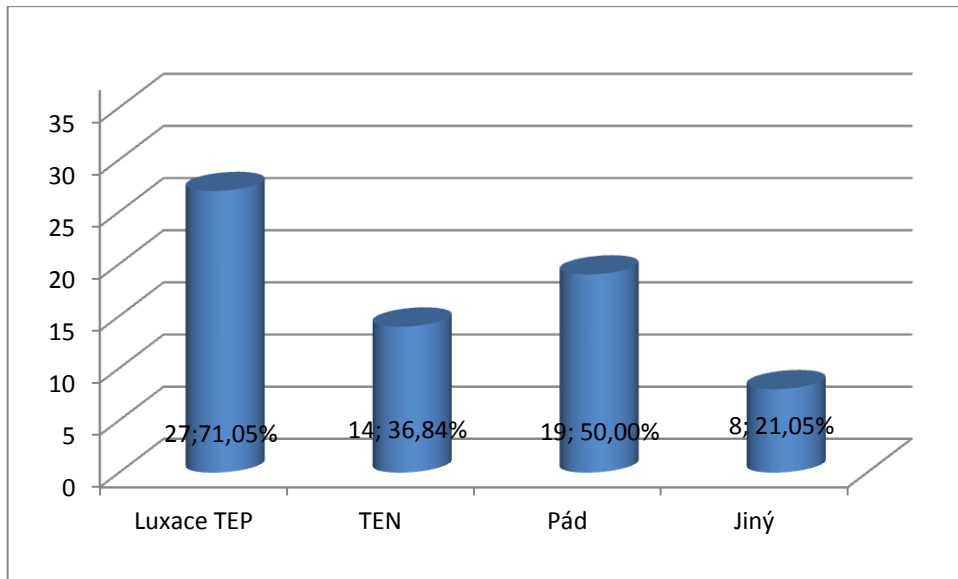
Z Obrázek 14, který znázorňuje počet respondentů informovaných o rizicích operace, je zřejmé, že 38 respondentů (95,00 %) bylo o rizicích informováno.



Obrázek 14: Byl/a jste informována i riziku komplikací po operaci?

Tato otázka byla polozavřená a respondenti měli možnost uvádět, o kterých rizicích byli informováni. Respondenti, kteří označili, že byli informováni o rizicích, nejčastěji udávali riziko luxace TEP a to při špatných pohybech ($n = 27$; 71,05%). Druhou nejčastěji udávanou komplikací bylo riziko pádu, na které mohou navazovat další komplikace ($n = 19$; 50,00%), dále bylo riziko tromboembolické nemoci ($n = 14$; 36,84 %). Poslední sloupec označuje kategorii jiné ($n = 8$; 21,05 %). Do této skupiny patří nevolnost, infekce, krvácení, hojení rány per secundam.

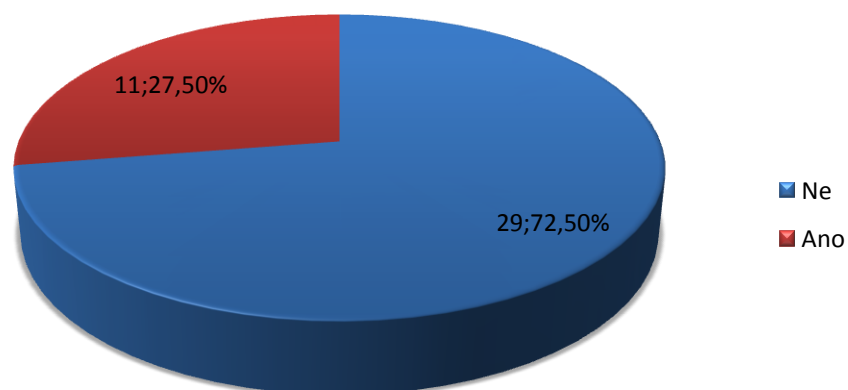
Přehled výsledků uvádí Obrázek 15.



Obrázek 15: Nejčastěji uváděné komplikace

Otázka č. 15: Objevily se u Vás po operaci komplikace?

Tato otázka byla do dotazníku zařazena, abych pro zajímavost zjistila, jestli má u zkoumaného vzorku informování o riziku komplikací vliv na výskyt komplikací na daném oddělení. Jedná se spíše o komplikace, které může pacient dodržováním léčebného režimu ovlivnit (luxace, TEN aj.)



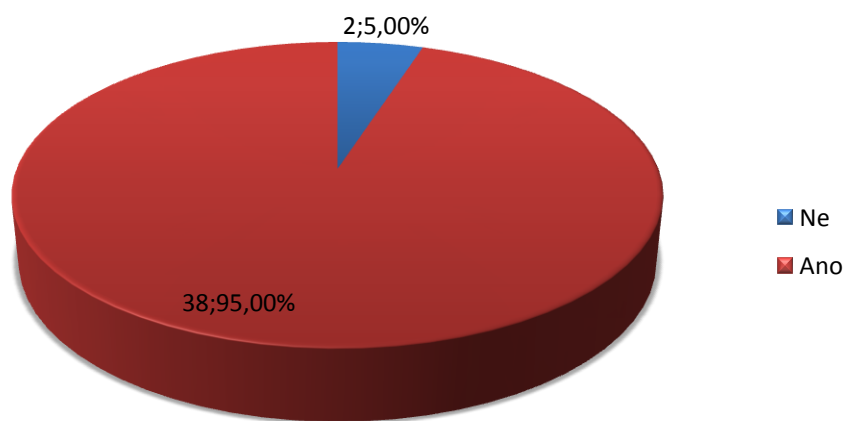
Obrázek 16: Objevily se u Vás po operaci komplikace?

Z Obrázek 16 je možno vyčíst, že se komplikace objevili u 11 respondentů (27,50%). Tito respondenti uváděli nevolnost a zvracení (n = 9; 81,82 %), hojení rány per secundam (n = 2; 18,18 %). Další komplikace respondenti, což znamená, že na

výskyt komplikací u tohoto vzorku nemělo dodržování doporučení vliv. U 29 respondentů (72,50 %) komplikace nebyly zaznamenány.

Otázka č. 16: Byl/a jste poučen/a o riziku pádu po operaci?

Pád pacienta po operaci TEP kyčelního kloubu může velmi ovlivnit další průběh léčení. Může být i důvodem k reoperaci, což by znamenalo další zátěž pacienta. V případě starších pacientů pád může mít i fatální následky.



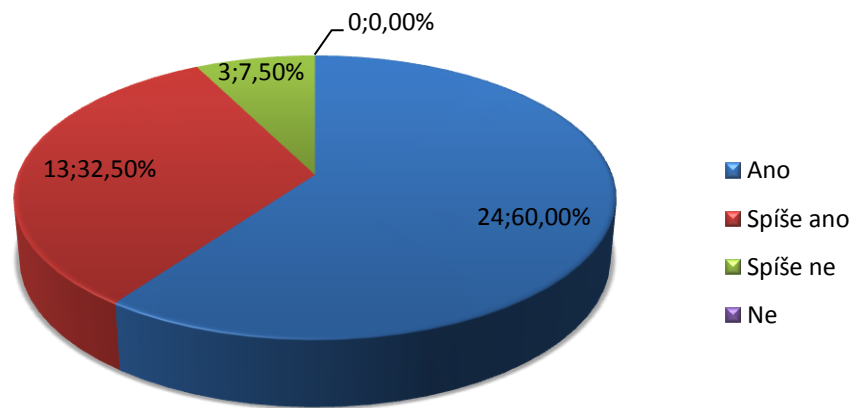
Obrázek 17: Byl/a jste poučen/a o riziku pádu?

O riziku pádu bylo dle respondentů informováno 38 z nich (95,00 %). 5,00% respondentů (n = 2) odpovědělo, že ne. Tyto výsledky jsou celkem překvapující neboť každý pacient, který se šetření zúčastnil, při příjmu podepsal dokument, ve kterém je napsáno, že byl o tomto riziku informován.

Otázka č. 17: Jste informován/a o režimu po propuštění do domácí péče (bandáže dolních končetin do kontroly, léky „na ředění krve“, klidový režim, rehabilitace, péče o operační ránu...)?

Pokud je pacient propuštěn domů a ne do jiného zdravotnického zařízení, je nutné, aby věděl, jaký má dodržovat režim. Základní pravidla, která by měl pacient dodržovat, jsou uvedena v kapitole 2.11.

Obrázek 18 zobrazuje výsledky odpovědí na výše zmíněnou otázku. Z dotazovaných respondentů odpovědělo 24 (60,00 %) „ano“, 13 respondentů (32,50 %) odpovědělo, že „spíše ano“ a zbytek (n = 3; 7,50 %) odpověděl, že „spíše ne“. Tyto výsledky jsou poměrně uspokojivé neboť pacienti, kteří odpověděli „spíše ne“ byli hospitalizováni teprve 4 a méně dní.

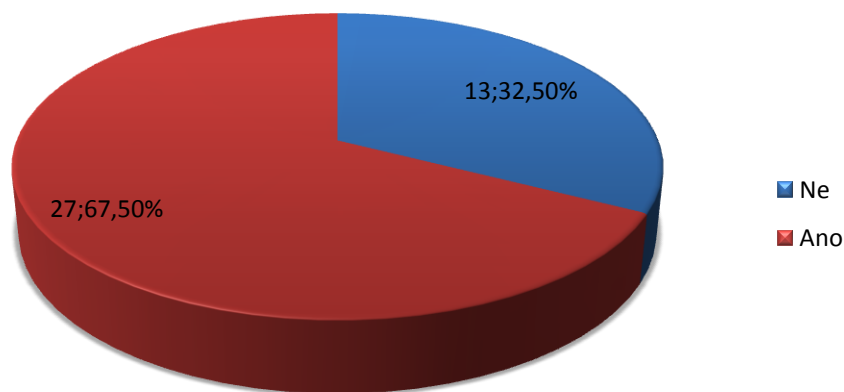


Obrázek 18: Byl/a jste informován/a o režimu po propuštění do domácí péče

Otázka č. 18: Snížila u Vás vyšší informovanost strach z operace a pooperačního období?

Odpověď na otázku, zda informovanost pomohla pacientům zvládnout strach a stres z operace znázorňuje následující obrázek.

Pouze u 27 (67,50 %) z dotazovaných respondentů vyšší informovanost snížila strach z operace. U 13 respondentů (32,50 %) neměla vyšší informovanost tento efekt.



Obrázek 19: Snížila u Vás vyšší informovanost strach a operace a pooperačního období?

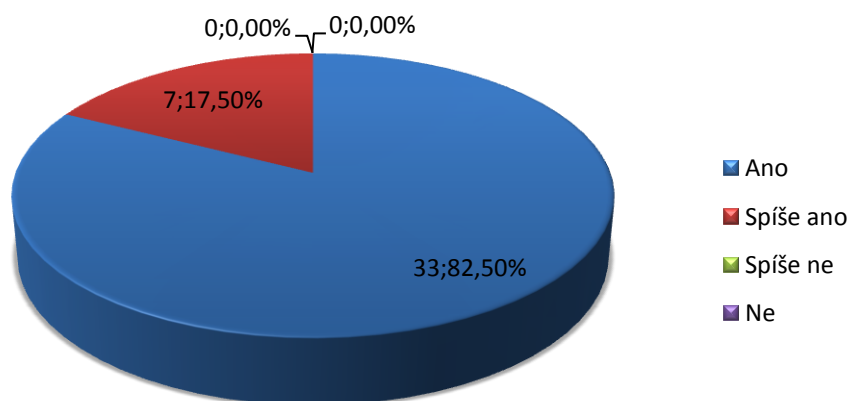
Otázka č. 19 : Domníváte se, že jste byl/a dostatečně informován/a o pooperačním režimu?

Tato otázka byla do dotazníku zařazena jako kontrolní a její vyhodnocení naleznete na straně 42.

Otázka č. 20: Dodržujete pooperační doporučení, aby nevznikly komplikace?

O vzniku možných komplikací je nejen důležité vědět, ale je důležité i dodržovat opatření, které zabraňují jejich vzniku.

Doporučená opatření dle výsledků dotazníkového šetření plně dodržuje 33 respondentů (82,50 %). „Spíše ano“ uvedlo 7 respondentů (17,50 %). S ohledem na nízký výskyt pooperačních komplikací, které mohou pacienti ovlivnit, lze tyto výsledky u zkoumaného vzorku potvrdit.



Obrázek 20: Dodržujete pooperační doporučení?

Otázka č. 21: Kolikátý den jste po operaci?

Tato otázka byla do dotazníku zařazena jako informační a zároveň nám poskytuje odpověď na otázku, zda má vliv délka hospitalizace na znalosti pacientů.

Tabulka 3: Kolikátý den jsou respondenti po operaci

Den po operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
1. den	0	0,00
2. den	0	0,00
3. den	2	5,00
4. den	2	5,00
5. den	7	17,50
6. den	10	25,00
7. den	8	20,00
8. den	3	7,50
9. den	4	10,00
10. den	2	5,00
11. den	2	5,00
12. den	0	0,00
Celkem respondentů	40	100

Tabulka 3 znázorňuje, kolikátý den po operaci respondenti vyplňovali dotazník. Nejčastěji byli respondenti 6. den po operaci (25,00 %), 7. den po operaci bylo 8 respondentů (20,00 %) a 5. den bylo 7 respondentů (17,50 %). Další dny byly

zastoupeny jen sporadicky. Průměr výsledků je 6,675. Pouze 2 respondenti vyplňovali dotazník 3. den (minimální hodnota) a 2 respondenti 11. den (maximální hodnota). Z toho vyplývá, že variační rozpětí souboru je 9. Medián – hodnota, která se vyskytuje ve středu souboru, který je srovnán podle velikosti – je 6. Směrodatná odchylka – která vyjadřuje, jak se hodnoty liší od průměrné hodnoty (střední hodnoty) – je 1,954322.

3.7 Diskuze

Na začátku bakalářské práce jsem si stanovila několik hypotéz, které v této kapitole budu přijímat a naopak. Informace k vyhodnocení jsem získala pomocí dotazníkového šetření na oddělení ortopedie. Přestože jsem z praxe věděla, o čem jsou pacienti při příjmu i během hospitalizace informováni, v mnoha případech mě výsledky překvapily.

Hypotéza č. 1:

V první hypotéze jsem předpokládala, že nadpoloviční většinu respondentů budou tvořit ženy. Tuto hypotézu přijímám. Z 40 dotazovaných respondentů bylo 27 žen a 13 mužů.

Hypotéza č. 2:

Druhou hypotézu, ve které jsem předpokládala, že významnou většinu dotazovaných budou představovat respondenti ve věku 61 – 70 let, také přijímám. 31 respondentů bylo v tomto věku. Zbýlých 9 bylo ve věku 71 – 80 let. Tento poznatek je důležitý k přizpůsobení edukace a celkové péče o pacienta. Mnoho takto starých pacientů má v tomto věku přidružená onemocnění a zhoršené smysly (sluch, zrak aj.).

Hypotéza č. 3:

Předpokládám, že více než 70 % respondentů bude informováno o pooperačním režimu písemnou i ústní formou. Hypotézu také přijímám. 85,00 % respondentů (n = 34) v dotazníku uvedlo, že bylo informováno písemnou i ústní formou. Zbýlých 6 respondentů uvedlo, že bylo informováno pouze ústní. Tato informace pro mě je překvapující neboť každý pacient před operací podepisuje souhlas s výkonem a ten obsahuje veškeré informace související s operací a následným pooperačním režimem.

Hypotéza č. 4:

Hypotézu, ve které předpokládám, že více než 60 % respondentů bude mít

základní znalosti o pooperačním režimu, nemohu zcela přijmout. K této hypotéze se vztahovalo 8 otázek z mého dotazníku. Otázky se respondentů přímo ptaly, zda byl informován o určité oblasti pooperační péče.

Hypotézu nemohu zcela přijmout neboť na otázku, zda byli respondenti informováni o pomůckách ke zlepšení prostředí, odpovědělo 19 respondentů „ne“. Tito respondenti představují 47,50 %. V ostatních oblastech hranice překračovala 90,00 % (informování o způsobu chůze – 100 %, o vstávání z lůžka – 97,50 %, o hygieně po operaci – 92,50 %, o rehabilitaci po operaci – 92,50 %, o riziku komplikací – 95,00 %, o riziku pádu – 95,00 %, o režimu po propuštění – 60,00 % „ano“, 32,50 % „spíše ano“).

Všeobecně lze říci, že na ortopedickém oddělení v Nemocnici sv. Zdislavy jsou pacienti dostatečně a kvalitně edukováni bez ohledu na důvod operace (u úrazů jsem předpokládala nižší informovanost) a čas, který zdravotnický personál věnuje edukaci (rovněž jsem očekávala, že v případě, kdy pacienti uvedou kratší čas edukace, budou mít i méně znalostí). Dokazuje to i fakt, že 77,50 % respondentů u otázky jestli se domnívají, že byli dostatečně informováni o pooperačním režimu, uvedlo odpověď „ano“ a zbylých 22,50 % „spíše ano“.

Hypotéza č. 5:

Předpokládám, že více než 50 % respondentů plně dodržuje zásady pooperačního režimu, aby u nich nevznikly komplikace – tuto hypotézu přijímám.

Jak jsem již zmínila v hypotéze č. 4, informovanost pacientů na ortopedickém oddělení v Nemocnici sv. Zdislavy lze považovat za kvalitní. Z šetření jsem však také zjistila, že ne u všech pacientů dostatečná informovanost snižuje strach z operace. Sestra by se proto měla věnovat i psychickému stavu pacienta.

4 Závěr

V teoretické části jsem představila mnoho poznatků o dané problematice. Část byla zaměřena na teoretické poznatky – anatomie, druhy endoprotéz aj. a druhá část na poznatky, které je možné využít do praxe nejen pro sestry a ostatní zdravotnický personál, ale i pro pacienty.

V empirické části jsem představila a vyhodnotila poznatky zjištěné dotazníkovým šetřením. Se zvolením této metody jsem byla spokojená díky získání velkého počtu informací za krátkou dobu. Setkala jsem se však i se situací, kdy chtěla pacientka, abych jí otázky předčítala a ona mě odpovídala. Pro pacientku to bylo příjemné, že si může s někým popovídat a já sama jsem se dozvěděla mnohem více informací než pomocí dotazníku.

Převážná většina pacientů je klidnější když ví, na co se mají připravit a mohou si například už před operací připravit domácí prostředí. To, že skoro polovina pacientů nevěděla o možnostech zakoupení různých pomůcek, je podle mého názoru největší chyba personálu, kterou jsem svým dotazníkovým šetřením zjistila. O těchto pomůčkách by však měl informovat již personál v ortopedické ambulanci. Dále dotazníkové šetření upozorňuje zdravotnický personál na to, že by se měli víc soustředit na dotazy pacientů a na jejich zodpovězení.

Ve všech ostatních ohledech bych zdravotnický personál tohoto oddělení udávala jako příklad. Což potvrzují i samotní pacienti, se kterými jsem byla v kontaktu při rozdávání dotazníků.

Abych touto prací přispěla i do praxe, jsem ve spojení s vrchní sestrou z Nemocnice sv. Zdislavy, které výsledky práce budu prezentovat a navrhnou i možná řešení malých nedostatků. Jako řešení bych navrhla letáky s pomůckami do domácnosti, které budou k dispozici v čekárně před ortopedickou ambulancí a letáky ve kterém bude popsán pooperační režim. Zdravotnický personál bych také seznámila s výsledky šetření, aby se na nedostatky mohli zaměřit – udělat si více času na dotazy pacientů.

V úplném závěru bakalářské práce bych znovu chtěla vyzdvihnout důležitost kvalitní informovanosti pacientů po operaci kyčelního kloubu. Sestry by si měly uvědomit, že tím, že pacienta správně edukují zlepší i jejich spolupráci. S přibývajícím věkem se zvyšuje pravděpodobnost, že i my jednou budeme nuceni podstoupit tuto operaci.

Literatura a prameny

1. BRATOVÁ, Andrea — MURGAŠ, Ján. Bezpečnost pacientů při anestezii. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 7-8, s. 44-45.
2. BROWN, Thomas E. *Arthritis*. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier, c2009, 428 s. Arthritis. ISBN 14-160-4973-8.
3. ČECH, Oldřich. *Revizní operace náhrad kyčelního kloubu: informace pro pacienty*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 234 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 80-726-2269-2.
4. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 1*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 497 s. ISBN 80-716-9970-5.
5. DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 1273 s. ISBN 80-247-0550-8.
6. CHLUMSKÝ, Jaromír. Antikoagulační léčba. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 219 s. Malá monografie (Grada). ISBN 80-247-9061-0.
7. CHOVANCOVÁ, Dana. Ošetrovatelská péče o pacienty po zlomenině kyčelního kloubu s následnou implantací TEP či CKP. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 9, s. 44.
8. JAHODA, David, Antonín SOSNA a Otakar NYČ. *Infekční komplikace kloubních náhrad*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2008, 220 s. ISBN 978-80-7387-158-1 (VáZ.).
9. JAKUBÍČKOVÁ, Eva. Retransfuze. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 11, s. 46.
10. JANÍČEK, Pavel. *Ortopedie*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007, 124 s. ISBN 978-802-1044-296.
11. JURAŠKOVÁ, Božena. Předoperační příprava. *Zdravotnické noviny*, 2007, Roč. 56, s. 9.
12. KARPAŠ, Karel. *Operace endoprotézy kyčelního kloubu: informace pro pacienty*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2004, 19 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 80-862-2562-3.
13. KNÍŽOVÁ, Hana. Léčebná tělesná výchova u totální endoprotézy kyčelního a kolenního kloubu. *Florence*, 2008, roč. 4, č. 1, s. 29-30.
14. KORANDOVÁ, Jana. *Revmatická onemocnění*. 1. vyd. Praha: Geoprint, 1998, 6 s. Neprodejné
15. KOUDELA, Karel. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 281 s. ISBN 80-246-0654-2.
16. KOUTNÝ, Zdeněk. Rehabilitace po totálních endoprotézách. *Postgraduální medicína*, 2001, Roč. 3, č. 1, s. 79-84.

17. MAČÁK, Jiří a Jana MAČÁKOVÁ. *Patologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 347 s. ISBN 80-247-0785-3.
18. MATUŠKOVÁ, Dagmar — LUKEŠOVÁ, Renata. Ošetrovatelský proces u pacientů po náhradách kloubů na jednotce intenzivní péče. In: *Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků: sborník přednášek*. České Budějovice : Nemocnice České Budějovice, 2008-. 2010, s. 5-6.
19. MORKESOVÁ, Šárka — URBANCOVÁ, Svatava. Péče o pacienta po implantaci totální endoprotézy z pohledu fyzioterapeuta. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 5, s. 38-39.
20. MUSIL, Dalibor. Rizika a prevence tromboembolické choroby. *Medicína pro praxi*, 2009, roč. 6, č. 2, s. 61-65.
21. NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Editor Lubomír Houdek. Praha: Karolinum, 2009, 416 s. ISBN 9788024617176 (KAROLINUM).
22. NOVÁČEK, Štěpán. Rehabilitace po totální endoprotéze kyčelního kloubu (TEP). *Ortopedie*, 2007, roč. 1, č. 5, s. 228-233.
23. PAVELKOVÁ, Andrea. *Revmatoidní artritida a biologická léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, c2009, 125 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-192-9 (BROŽ.).
24. POKORNÁ, Jana — ERGENZOVÁ, Romana. Ošetrovatelský proces u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 2, s. 33-35.
25. RADOUŠKOVÁ, I. — ONDROVÁ, M. Pooperační péče v jednotlivých operačních oborech. In: *Intenzivní perioperační péče*. Praha : Galén, 2000. 2000, s. 212-215.
26. ROZMAHELOVÁ, Oldřiška. Perioperační péče o pacienta při operaci TEP. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 1, s. 7 mimoř. příl.
27. RYBKA, Jaroslav — MISTRÍK, Jerguš. Předoperační a pooperační péče o diabetika. *Postgraduální medicína*, 2001, Roč. 3, č. 6, s. 598-603.
28. SIGMUNDOVÁ, Alice. Edukace pacienta před plánovanou operací TEP kyčelního kloubu. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 2, s. 32-33.
29. SOSNA, A., VAVŘÍK, P., KRBEK, M., POKORNÝ, D. a kol. *Základy ortopedie*. Praha: Nakladatelství Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.
30. SOSNA, Antonín, David POKORNÝ a David JAHODA. *Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 58 s. ISBN 80-725-4302-4.

31. TRČ, Tomáš. Komplikace náhrady kyčelního kloubu. *Postgraduální medicína*, 2008, roč. 10, č. 8, s. 911-914.
32. UIBERLAYOVÁ, Ivana. Rehabilitace pacientů po totálních endoprotézách kyčelního a kolenního kloubu, lázeňská léčba. *Ortopedie*, 2010, roč. 4, č. 2, s. 79-88.
33. VEJVODOVÁ, Dana. Luxace totální endoprotézy kyčelního kloubu. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 11, s. 52-53.
34. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 7., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 1069 s. ISBN 978-80-7345-130-1 (VáZ.).
35. *Základy zavádění a ošetřování periferních žilních kanyl*. Příbram: MSM, 2004, 40 s. ISBN 80-902-5838-7.

Elektronické prameny:

- 1) Předoperační vyšetření. In: [www.ulekare.cz]. 15.10.2009 [cit. 2012-04-03]. ISSN 1802-5544.

Seznam obrázků

Obrázek 1: Pohlaví respondentů	36
Obrázek 2: Věk respondentů.....	37
Obrázek 3: Důvod operace	38
Obrázek 4: Jak dlouho byli respondenti edukováni.....	39
Obrázek 5: Forma edukace	40
Obrázek 6: Kdo respondenty informoval o pooperačním režimu.....	41
Obrázek 7: Bylo Vám odpovězeno na všechny otázky	41
Obrázek 8: Domníváte se, že jste byl/a dostatečně informován/a o pooperačním režimu?	42
Obrázek 9: Byl/a jste informován/a o možnosti zakoupení pomůcek pro zlepšení domácího prostředí?.....	43
Obrázek 10: Byl/a jste informován/a o správném způsobu vstávání z lůžka po operaci?	44
Obrázek 11: Byl/a jste informován/a o způsobu chůze po operaci?.....	45
Obrázek 12: Byl/a jste informována o způsobu provádění hygieny po operaci?	45
Obrázek 13: Byl/a jste informován/a o rehabilitaci po operaci?	46
Obrázek 14: Byl/a jste informována i riziku komplikací po operaci?	47
Obrázek 15: Nejčastěji uváděné komplikace.....	48
Obrázek 16: Objevily se u Vás po operaci komplikace?	48
Obrázek 17: Byl/a jste poučen/a o riziku pádu?	49
Obrázek 18: Byl/a jste informován/a o režimu po propuštění do domácí péče	50
Obrázek 19: Snížila u Vás vyšší informovanost strach a operace a pooperačního období?.....	51
Obrázek 20: Dodržujete pooperační doporučení?	52

Seznam tabulek

Tabulka 1: Věk respondentů (ženy a muži)	37
Tabulka 2: Důvod operace (ženy a muži).....	38
Tabulka 3: Kolikátý den jsou respondenti po operaci	52

Seznam příloh

Příloha A: Žádost o povolení dotazníkového šetření (text)

Příloha B: Dotazník (text)

Příloha C: Schematické znázornění kyčelního kloubu (obrázek)

Příloha D: Vizuální analogová škála bolesti (obrázek)

Příloha E: Vliv věku a délky výkonu na míru rizika TEN (tabulka)

Příloha F: Glasgow coma scale (tabulka)

Příloha G: Hodnocení rizika pádu (tabulka)

Příloha H: ASA klasifikace (tabulka)

Příloha A: Žádost o povolení dotazníkového šetření (text)

Erika Ambrožová
Vrchní sestra nemocnice
Nemocnice sv. Zdislavy, a.s.
Mostišťe 93
594 01 Velké Meziříčí
ambrozova@nsmzmostiste.cz
tel., fax: 566 512 384

Věc: Žádost o povolení dotazníkového šetření

Vážená vrchní sestro,

tímto bych Vás chtěla požádat o povolení dotazníkového šetření u pacientů po operaci kyčelního kloubu na Ortopedickém oddělení Nemocnice svaté Zdislavy a.s.

Dotazník bude sloužit jako podklad mé bakalářské práce na téma: Informovanost pacientů o léčebném režimu po operaci kyčelního kloubu – totální endoprotéze.

Děkuji

Eva Ondráčková
studentka bakalářského studia
Univerzita Karlova v Praze
2.lékařská fakulta

Nemocnice sv. Zdislavy, a.s.
Mostišťe 93, 594 01 Velké Meziříčí
Ambrožová Erika
vrchní sestra nemocnice
Tel.: 566 512 384



V Praze dne: 12.12.2011

Příloha B: Dotazník (text)

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Eva Ondráčková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství na 2. lékařské fakultě Karlovy univerzity v Praze.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí výzkumu mé bakalářské práce – Informovanost pacientů o léčebném režimu po operaci kyčelního kloubu – totální endoprotéze. Vámi uvedené informace budou anonymní a budou použity pouze pro zpracování v mé bakalářské práci.

Pokyny k vyplnění: Nejprve si prosím pečlivě přečtete otázky a posléze Vámi zvolenou odpověď zakřížkujte.

Předem děkuji za Váš čas Eva Ondráčková

- 1) Pohlaví: žena muž

- 2) Věk:
 do 60 let 61 – 70 let 71 – 80 let 81 a více

- 3) Důvod operace:
 úraz (zlomenina krčku kosti kyčelní) artróza jiný

- 4) Kolik času celkem sestry a ostatní zdravotnický personál věnovaly informováním Vás o pooperačním režimu?
 méně než 1 hodinu 1 až 2 hodiny 2 až 3 hodiny více než 3 hodin

- 5) Jakou formou jste byl/a informována o pooperačním režimu?
 pouze ústní pouze písemnou oběma

- 6) Které osoby Vás informovaly o pooperačním režimu (možnost více odpovědí)?
 sestry lékaři fyzioterapeuti lidé ve Vašem okolí

7) Bylo Vám odpovězeno na všechny otázky týkající se pooperačního režimu?

ano ne

8) Domníváte se, že jste byl/a dostatečně informován/a o pooperačním režimu?

ano spíše ano spíše ne ne

9) Byl/a jste informován/a o možnosti zakoupení pomůcek na zlepšení domácího prostředí?

ne ano

10) Byl/a jste informován/a o způsobu chůze po operaci?

ne ano

11) Byl/a jste informován/a o správném způsobu vstávání z lůžka po operaci?

ne ano

12) Byl/a jste seznámen/a se způsobem provádění hygieny po operaci?

ne ano

13) Byl/a jste informován/a o rehabilitaci po operaci?

ne ano

14) Byl/a jste informován/a o riziku komplikací po operaci?

ne ano, prosím uveďte o jakých....

15) Objevily se u Vás po operaci komplikace?

ne ano, prosím uveďte jaké....

16) Byl/a jste poučen/a o riziku pádu po operaci?

ne ano

17) Jste informován/a o režimu po propuštění do domácí péče (bandáže dolních končetin do kontroly, léky „na ředění krve“, klidový režim, rehabilitace, péče o operační ránu...)?

ano spíše ano spíše ne ne

18) Snížila u Vás vyšší informovanost strach z operace a pooperačního období?

ano ne

19) Domníváte se, že jste byl/a dostatečně informován/a o pooperačním režimu?

ano spíše ano spíše ne ne

20) Dodržujete pooperační doporučení, aby nevznikly komplikace?

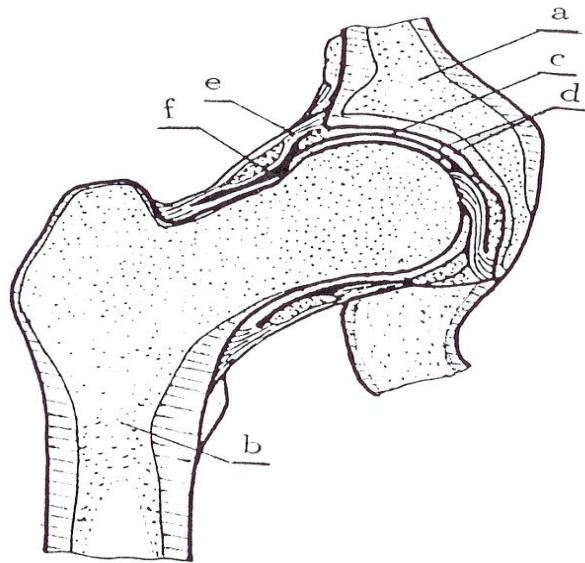
ano spíše ano spíše ne ne

21) Kolikátý den jste po operaci?

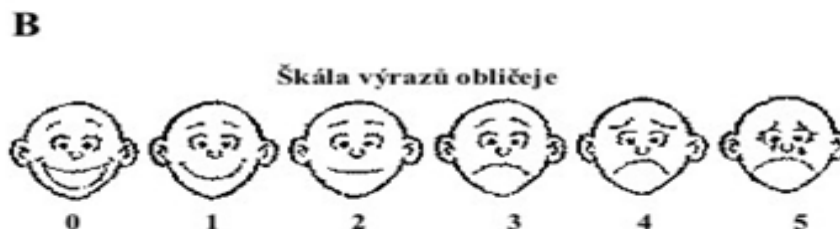
...den

Dále můžete uvést Vaše dotazy či připomínky.

Velmi Vám děkuji za Váš čas a spolupráci.

Příloha C: Schematické znázornění řezu kyčelním kloubem (obr.)(Zdroj: <http://ucebnice.euromise.cz/biomech/obr/2/Obr.2.1.gif>)

a – pánev, b – femur, c – kontaktní plochy, d – chrupavky, e – kloubní pouzdro,
f – kloubní dutina

Příloha D: Vizuální analogová škála bolesti (obrázek)(zdroj: is.muni.cz/th/40333/lf_m/Priloha_c_2.doc)

A – Vizuální numerická škála: 0 – žádná bolest, 100 – nesnesitelná bolest;

B – Škála výrazů obličeje: 0 – žádná bolest, 5 – nesnesitelná bolest

Příloha E: Vliv věku a délky výkonu na míru rizika TEN (tabulka)

(Zdroj: Chlumský et al., 2005, s. 148)

Nízké riziko	<ul style="list-style-type: none">- nekomplikovaný chirurgický výkon- délka výkonu do 30 minut- nemocný do 40 let, bez dalších rizik
Střední riziko	<ul style="list-style-type: none">- středně závažný chirurgický výkon- délka výkonu nad 30 minut- nemocný nad 40 let věku, bez dalších rizik
Vysoké riziko	<ul style="list-style-type: none">- závažný chirurgický výkon- délka výkonu nad 30 minut- přítomnost rizikového faktoru
Velmi vysoké riziko	<ul style="list-style-type: none">- závažný chirurgický výkon- ortopedický výkon- fraktura dolních končetin- nemocný nad 40 let věku- závažný rizikový faktor (malignita, předchozí TEN, CMP, IM...)

Příloha F: Glasgow coma scale (tabulka)

(Zdroj: pomocná tabulka na hodnocení vědomí – FN Motol)

Otevírání očí		Spontánní	4
		Na slovní výzvu	3
		Na bolestivý podnět	2
		Nereaguje	1
Nejlepší motorická odpověď	Na slovní výzvu Na bolestivý podnět	Adekvátní	6
		Lokalizuje bolest	5
		Úhyb	4
		Flexe na bolest	3
		Extenze na bolest	2
		Bez odpovědi	1
Nejlepší slovní odpověď	Plně orientovaný Dezorientován a konverzuje Neadekvátní výrazy a slova Nesrozumitelné zvuky Bez odpovědi		5
			4
			3
			2
			1
Reakce zornic: ++ = rychle + = pomalu - = nereaguje C = oči zavřeny	CELKOVÉ SKÓRE: 15 – plné vědomí Nad 13 – žádná nebo lehká porucha vědomí 8-13 – porucha vědomí Pod 8 – bezvědomí 3 – hluboké bezvědomí		

Příloha G: Hodnocení rizika pádu (tabulka)(zdroj: http://vnl.xf.cz/ose/ose-riziko_padu.php)

Pohyb	Neomezený	0
	Používá pomůcky	1
	Potřebuje pomoc při pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Nykturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá následující léky: <ul style="list-style-type: none"> • diuretika • antiepileptika • antiparkinsonika • antihypertenziva • psychotropní látka • benzodiazepiny 	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, smyslové, smyslový deficit	1
Mentální status	Orientován/a	0
	Občasná noční dezorientace	1
	Dřívější dezorientace	1
Věk	18 – 75 let	0
	75 a více	1
Pád v anamnéze		1
Celkové skóre	<ul style="list-style-type: none"> • zaškrtneme a sečteme body • skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu 	

Příloha H: ASA klasifikace (tabulka)(zdroj: <http://www.nemtur.cz/cs/oddeleni/aro/predoperacni-vysetreni/>)

ASA 1	Zdravý pacient. Chorobný proces, který je indikací k operaci je lokalizovaný a nemá vliv na celkovou kondici.
ASA 2	Mírné až středně těžké systémové onemocnění /HTN, Obezita, DM, anemie, věk nad 60 let, NYHA I
ASA 3	Závažné systémové onemocnění omezující aktivitu pacienta /ICHS se sy AP, st.p. IM, závažná forma diabetu, NYHA II.
ASA 4	Život ohrožující systémové onemocnění. Nedostatečnost renální, jaterní, plicní, nestabilní AP, peritonitis, ileus. NYHA III-IV.
ASA 5	Moribundní pacient s nepříznivou prognózou. Operace je poslední možností léčby.