

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetřovatelství

Klára Borková

**Informovanost pacientů o režimu po náhradě kyčelního  
kloubu**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Irena Stoklásková

Olomouc 2011

## ANOTACE

<b>Název práce v ČJ:</b>	Informovanost pacientů o režimu po náhradě kyčelního kloubu
<b>Název práce v AJ:</b>	Informing patients about the procedure after hip replacement
<b>Datum zadání:</b>	2011-01-20
<b>Datum odevzdání:</b>	2011-04-29
<b>Instituce:</b>	Ústav ošetrovatelství FZV UP Olomouc
<b>Autor práce:</b>	Borková Klára
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Irena Stoklásková
<b>Oponent práce:</b>	dtto pole „Vedoucí práce“

**Abstrakt v ČJ:** Bakalářská práce se zabývá informovaností pacientů o základních příčinách výměny kyčelního kloubu pohybovém režimu, o vzniku možných komplikací a jejich předcházení. Data získaná na podkladě dotazníkového šetření mapují znalosti pacientů na ortopedickém oddělení Nemocnice Přerov. Cílem práce je kromě zjištění úrovně vědomostí pacientů v této problematice také navrhnout případné řešení problému

**Abstrakt v AJ:** This thesis deals with the patients' awareness of the fundamental causes of the movement of the hip joint exchange regime and the creation of possible complications and their prevention. Data obtained on the basis of survey charts the knowledge of the patients in orthopedic Ward Prerov. The goal is to establish the level of knowledge in addition to patients in this issue also suggest possible solutions to the problem.

**Klíčová slova v ČJ:** koxartróza, náhrada kyčelního kloubu, luxace,  
embolie, infekce, informace, pacient

**Klíčová slova v AJ:** coxarthrosis, hip replacement, dislocation,  
embolism, infection, information, patient

**Rozsah:** 64 s., 2 příl.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením  
Mgr. Ireny Stokláskové a použila jen uvedené informační zdroje.

Přerov 29. dubna 2011

.....

Děkuji Mgr. Ireně Stokláskové za odborné vedení bakalářské práce a poskytování cenných rad při jejím zpracování. Poděkování patří i mé rodině za trpělivou podporu během mého studia.

# OBSAH

ÚVOD.....	8
1. Teoretická část.....	10
1.1 Důvody k provedení náhrady kyčelního kloubu endoprotézou.....	10
1.1.1 Koxartróza.....	10
1.1.2 Zlomeniny proximálního femoru.....	11
1.1.3 Revmatoidní artritida.....	12
1.1.4 Vývojová dysplazie kyčelního kloubu.....	13
1.1.5 Nádorové onemocnění horního konce stehenní kosti .....	13
1.2 Komplikace totální náhrady kyčelního kloubu.....	14
1.2.1 Předoperační komplikace.....	14
1.2.2 Peroperační komplikace.....	14
1.2.3 Časně pooperační komplikace.....	15
1.2.4 Pozdní pooperační komplikace.....	16
2 Praktická část.....	18
2.1 Cíle práce.....	18
2.2 Metodika práce.....	18
2.2.1 Zkoumaný soubor a jeho charakteristika.....	19
2.2.2 Organizace výzkumu.....	19
2.2.3 Dotazníkové šetření.....	19
2.2.4 Zpracování výsledků.....	20
2.3 Výsledky šetření.....	21
DISKUZE.....	45

ZÁVĚR.....	49
LITERATURA A PRAMENY.....	51
SEZNAM ZKRATEK.....	53
SEZNAM TABULEK.....	54
SEZNAM GRAFŮ.....	55
SEZNAM PŘÍLOH.....	56
PŘÍLOHY.....	57

# ÚVOD

*„Tělo nechť každodenní své hýbání má.“*

*Jan Amos Komenský*

Zavedení a rutinní používání kloubních náhrad pacienty je jedním z největších dobrodiní, jakými se může ortopedická medicína pochlubit. Při správné přípravě pacienta, implantaci a doléčení navrací pacientovi téměř plné zdraví pohybového aparátu a dovoluje plnohodnotný život (Medicína pro praxi, 2009, s. 167).

Za úplně první totální náhradu kyčelního kloubu vůbec lze považovat endoprotézu navrženou Glückem roku 1890. Implantát byl vyroben ze slonoviny a upevněn pomocí směsi vyrobené z kalafuny, pemzy a sádry. Zároveň se jednalo o první pokus cementování. První totální endoprotéza aplikovaná v klinické praxi je z roku 1938 od Philipa Willese. (Řehák, 2008, on-line). V Československu se náhrada kyčelního kloubu používá od roku 1972.

V posledních letech dochází k velkému rozvoji této operační metody. Vznikají nové typy endoprotéz, vyráběné novými špičkovými technologiemi. Operační technika se neustále zdokonaluje a je předmětem průběžné vědecké diskuze. Rozšiřuje se škála kloubních postižení, které lze náhradou kloubu vyřešit (Sosna, 2003, s. 9).

Pokud má být operace náhrady kyčelního kloubu úspěšná, je potřeba souhry několika faktorů - zkušený operatér, kvalitní a vhodná endoprotéza a připravený pacient. Tato operace je pro pacienty náročná, jak po stránce fyzické, tak i psychické. Je důležité, aby pacienti byli před náhradou kyčelního kloubu seznámeni se všemi možnými riziky a komplikacemi, které se mohou během operačního výkonu a také po něm objevit. Úspěšná léčba předpokládá spolupráci pacienta. Spolupracující pacient znamená informovaný. Jedním z předpokladů poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je informovanost a edukace. Dostatek informací a spolupráce ze strany pacienta se podílejí na úspěšném léčebném režimu a snížení výskytu komplikací.



Po náhradě kyčelního kloubu musí pacient dodržovat nové zásady životního stylu a pohybová omezení. Jedná se o změnu ze dne na den a není pro každého snadné si zvyknout na tato pravidla. Cílem této práce bylo zjistit, jak jsou pacienti po náhradě kyčelního kloubu informováni o pohybovém režimu, jaké mají znalosti o možných komplikacích, rizicích a předcházení jejich vzniku.

# 1. TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Důvody k provedení náhrady kyčelního kloubu endoprotézou

Jak již bylo uvedeno, počet onemocnění, který může být řešen pomocí kloubní náhrady, stále narůstá. Mezi nejčastější patří:

- degenerativní onemocnění kyčelního kloubu – koxartróza
- poškození kyčelního kloubu úrazem, zlomenina krčku stehenní kosti, poúrazová destrukce kloubu
- destrukce kloubu v důsledku revmatického onemocnění
- destrukce hlavice stehenní kosti, zapříčiněná jiným onemocněním
- nádorové onemocnění horního konce stehenní kosti (Sosna, 2003, s. 16).

### 1.1.1 Koxartróza

Jde o degenerativní, pomalé a progresivní onemocnění hyalinní chrupavky synoviálního kloubu. Všechny stavy a procesy, které pozmění mikroprostředí a normální strukturu a funkci chrupavky a tkání, které ji obklopují, mohou vést k artróze.

Dělení:

- primární artróza (idiopatická)
- sekundární artróza

Primární artróza začíná po 20. roce věku. Postihuje drobné proximální a distální interfalangeální klouby rukou, 1. karpometakarpální kloub palce, krční C5-6 a bederní L5-S1 páteř, též kyčelní a kolenní kloub.

Sekundární artróza jde o artrotické postižení kloubu, kde jsme dopátrali příčinu onemocnění. S narůstajícími znalostmi procento těchto onemocnění přirozeně narůstá na úkor idiopatických artróz.

U sekundární artrózy je původně zdravá chrupavka poškozena:

- hormonálními stavy (akromegalie, diabetes mellitus)
- opakovaným krvácením do kloubu (např. hemofilie aj.)
- metabolickými poruchami (dna, ochronóza, hemochromatóza)
- zánětlivým procesem
- mechanickými faktory: stavy po intraartikulárních zlomeninách zhojených s inkongruencí kloubních ploch zejména u nosných končetin, u coxa vara congenita, u stavů po vývojové dislokaci kyčelních kloubů, po aseptické nekróze hlavice kosti kyčelní, po coxa vara adolescentium, u poruch osy – genua vara et valga, po totální menisektomii, při nadváze, u jednostranně vedených sportovců (Janíček, 2001, s. 94).

### **1.1.2 Zlomeniny proximálního femoru**

Zlomeniny proximálního femoru postihují ve více jak 65-70 % staré lidi. Špatně snášejí imobilizaci v lůžku. Jsou ohroženi hypostatickou pneumonií, kardiorespiračním selháním a dekubity. Zlomeniny proximálního femoru u mladších věkových kategorií jsou nezdědka součástí mnohočetného poranění nebo polytraumatu. K těmto zlomeninám dochází přímým mechanismem (při pádech na bok), ale uplatňuje se zde současně i mechanismus páčení do abdukce nebo addukce (Pokorný, 2002, s. 187).

Dle lokalizace se rozlišují zlomeniny mediocervikální (subkapitální – intrakapsulární) a zlomeniny laterocervikální (bazicervikální – extrakapsulární) (Pokorný, 2002, s. 188).

Terapie:

- Konzervativní léčení skeletární trakcí je opuštěno. Extenze má dnes jen smysl analgetický a překlenuje fázi předoperační přípravy. Bez operace je možno léčit jen nedislokované zaklíněné zlomeniny ve valgózním postavení. Pacient semůže pohybovat v lůžku a po odeznění akutní bolesti je možno nacvičovat chůzi s odlehčením (Pokorný, 2002, s. 189).
- Operační léčení u biologicky mladších – osteosyntéza, u starších – alloplastika (Pokorný, 2002, s. 189). TEP je indikována u biologicky starších pacientů, kde v případě osteosyntézy právě počítáme s komplikacemi. Endoprotéza v úrazové indikaci je ideálním řešením, protože umožní rychlou mobilizaci pacienta. Navíc je mnohdy TEP již programována i bez úrazu. Indikaci k CKP volíme jen u velmi starých a polymorbidních nemocných. Implantace CKP je méně zatěžující, ale dlouhodobé výsledky nejsou plně uspokojivé (proximální migrace hlavice, luxace, uvolňování dřívku) (Pokorný, 2002, s. 189).

### **1.1.3 Revmatoidní artritida**

Zánětlivé, nikoliv vzácné onemocnění kloubů postihující častěji ženy. Výskyt v populaci je asi cca 1%. Projevuje se bolestmi kloubu a jejich otokem s nebezpečím pozdějšího vzniku deformit a znehybnění. Je přítomna bolestivost kloubů, jejich ranní ztuhlostí, mohou být podkožní revmatoidní uzlíky. Bývají rovněž celkové příznaky (nechutenství, deprese, postižení jiných orgánů aj.) (Vokurka, 2007, s. 400). Pacienti s revmatoidní artritidou představují významnou indikační skupinu pro kloubní náhrady. Zpravidla je třeba postupně nahradit všechny nosné klouby i drobné klouby ruky. Dlouhodobé výsledky po implantacích endoprotéz jsou všeobecně velmi dobré, třebaže tito pacienti jsou operováni v relativně mladém věku a kvalita kosti je pravidelně snížena dlouhodobou hypoaktivitou a terapií kortikoidy. Na druhé straně jsou tito pacienti pravidelně drobnější postavy, jsou svojí dlouhotrvající chorobou vychováni k dobré spolupráci a vzhledem k systémovému postižení jsou méně aktivní (Dungl, 2005, s. 928).

#### **1.1.4 Vývojová dysplazie kyčelního kloubu**

Je nejčastější vrozená vada u dětí. Častěji jsou postiženy dívky než chlapci. Tato vada se vyskytuje asi u 5 až 10 % populace (Sosna, 2001, s. 52). Onemocnění je nutné považovat za preartrózu kyčelního kloubu (Sosna, 2001, s. 59).

Etiologie:

V současné době není otázka etiologie stále vyřešena. Existuje množství teorií na vznik této vady, rozhodně zde hraje roli dědičnost. Nejčastěji je akceptován názor, že existují dvě etiologické skupiny:

- dysplazie jamky kyčelního kloubu, tedy porucha morfogeneze
- kloubní hypermobilita, která je též geneticky určena a projevuje se pod obrazem instabilit kyčelního kloubu. Je dána nadprodukcí relaxinu vlivem choriongonadotropinů produkovaných fetálním trofoblastem.

Je známým faktem, že častější výskyt VDK je u dětí, které se narodily koncem pánevním a předpokládá se, že vztyčená pozice obou nožek dítěte v děloze je predisponujícím mechanickým faktorem pro vznik vrozené kyčelní dysplazie (Sosna, 2001, s. 52). Vývojová dysplazie kyčelního kloubu je v našich podmínkách velmi častou indikací k TEP kyčle (Dungl, 2005, s. 928).

#### **1.1.5 Nádorové onemocnění horního konce stehenní kosti**

Druhou nejčastější lokalizací kostních tumorů je proximální konec femuru. Co do počtu tumorózních náhrad, ale tento typ endoprotéz převažuje. To je dáno tím, že téměř polovina kostních metastáz se nachází v oblasti proximálního femuru, ba dokonce patologická zlomenina proximálního konce femuru může být prvním projevem maligního nádoru (např. Grawitzova tumoru). U mladých jedinců s prognózou dlouhodobého přežití volíme necementované typy náhrad. U nemocných s omezenou dobou přežití vždy implantujeme endoprotézu, která umožňuje okamžitou zátěž s praktickým vyloučením luxace endoprotézy. Tumory pánve u mladých jedinců

řešíme složitými resekcemi, náhrada části pánve a kloubu kyčelního je přínosem u starších pacientů s omezením délky přežití vlastní choroby (Janíček, 2001. s. 103).

## **1.2 Komplikace totální náhrady kyčelního kloubu**

Tak jako u jiných operačních výkonů je i náhrada kyčelního kloubu zatížena možnostmi komplikací. Komplikace TEP se rozdělují na předoperační, peroperační a pooperační, které lze dále rozdělit na časné a pozdní.

### **1.2.1 Předoperační komplikace**

Jsou dány chybným výběrem implantátu a pacienta. Jsou známy katastrofální následky po implantacích neověřené endoprotézy. Dále je znám např. více jak 20ti násobný výskyt komplikací a uvolnění endoprotézy u obézních pacientů (Janíček, 2001, s. 103).

### **1.2.2 Peroperační komplikace**

Nejzávažnější pooperační komplikací je smrt v souvislosti s operačním výkonem. Kromě naštěstí vzácných mors in tabula vinou velkých nezvladatelných krvácení a masivního infarktu myokardu je nejčastější příčinou mortality v souvislosti s implantací TEP kardiopulmonální selhání a trombembolická nemoc (Dungl, 2005, s. 931). Jde o poškození nervu (n. femoralis, n. ischiadicus, n. cutaneus femoralis), cév (a. a v. femoralis), zlomenina kosti (acetabula, ramének). Nejčastější komplikací je chybná implantace jamky nebo dřívku, která vede buď k časné luxaci, nebo později ke zvýšenému otěru implantátu (Janíček, 2001, s. 104).

### 1.2.3 Časné pooperační komplikace

**Infekt** totální endoprotézy patří mezi nejzávažnější časné komplikace. Prodlužuje celkovou léčbu, vyžaduje složité léčebné postupy a může způsobit selhání implantátu, který je nutné odstranit. Nejdůležitější je otázka prevence tj. neoperovat pacienty s infekcí např. panaritium, či močová infekce (lymfatické spojky mezi oblastmi kyčelního kloubu a močového měchýře) a to i blandní a pacienti obézní, kde vysoká vrstva tuku predisponuje k infekci (Janíček, 2001, s.104). Časná infekce vzniká v prvním, nejpozději druhém měsíci po operaci. Je způsobena velmi virulentními kmeny. Stav je akutní, často s dramatickým rozvojem systémových známek infekce (Sosna, 2001, s. 118). Procentuální vyjádření výskytu IKTEP je jedním ze základních ukazatelů určujících úroveň preventivních opatření a péče o pacienty s TEP na jednotlivých pracovištích (Čech, 2004, s. 191).

**Trombembolie** patří mezi další pooperační komplikaci. Zánět hlubokého žilního systému operované končetiny nepříznivě ovlivňuje hojení a pooperační rehabilitaci. V krajním případě může nemocného ohrozit na životě vznikem plicní embolie (Sestra, 2010, s.67). Stran tromembolie jsou všichni pacienti zajištěni vyššími dávkami LMWH, riziková jsou warfarinizováni na tři měsíce nebo nově užívají perorální inhibitory trombinu (např. Pradaxa) (Medicína pro praxi, 2009 s. 168). Dále je důležitá včasná mobilizace pacienta a bandážování DKK.

**Luxace TEP** kyčle patří mezi obávané komplikace a nevíтанé příhody v doléčení. Správný režim, pomůcky i edukace pacienta jsou velmi důležité. Rizikové jsou především první tři měsíce, kdy ještě probíhá jizvení svalstva kolem náhrady. Po tuto dobu pacienti používají francouzské hole na odlehčení. Chodí tzv. trojdobou chůzí - tedy napřed berle, pak krok operované končetiny a následuje dokročení zdravou (Medicína pro praxi, 2009 s. 168). Dále je důležité dodržovat antiluxační režim po TEP kyčelního kloubu – nekřížit DKK, nesadat do hlubokého křesla, neprovádět hluboký předklon, polohovat se pouze na zdravý bok s polštářem mezi kolena.

#### 1.2.4 Pozdní pooperační komplikace

Největší problém zde tvoří **aseptické uvolnění totální endoprotézy** kloubu, které je označováno jako ortopedická epidemie. Příčin může být několik. Jako nejčastější se uvádí tzv. polyetylénová nemoc z otěru. Je třeba si uvědomit, že otěrem 1 mm<sup>3</sup> polyetylenu se uvolní do měkkých tkání kolem kloubu 25x10<sup>9</sup> partikulí polyetylenu. Ten je fagocytován, částečně se dostává do lymfatických uzlin a do plic, částečně vede k rozpadu buněk, k uvolnění cytokininů, k resorpci kostní tkáně, tvorbě granulomů a uvolnění endoprotézy. Problematika otěru je u všech endoprotéz. Otěr je menší při kombinaci polyetylén, keramika a ještě menší u kombinace keramika-keramika a kov - kov (Janíček, 2001, s. 104). Podle Dunгла se rozlišují celkem čtyři otěrové modusy – pro endoprotetiku je nejdůležitější ten první, kdy otěr vzniká z pohybu dvou primárních váhonosných povrchů. Vzniká zde PE otěr, jenž závisí na počtu cyklů – aktivitě pacienta, podobně jako ojetí pneumatik záleží na počtu ujetých kilometrů. Vyšší hodnoty otěru jsou typické pro mladší, aktivní muže a pro endoprotézy s malou hlavičkou (Dungl, 2005, s. 935).

**Heterotopická osifikace** - vzniká zejména u mužů. Brzy po operaci je patrná kalcifikace, která může progredovat v rozsáhlou kostní novotvorbu (Sestra, 2010, s. 67). Exaktní příčina není známa, zvažovány byly velké kostní resekce, rozsáhlé zhmoždění měkkých tkání při obtížné operaci, pooperační svalová ischemie i trauma v pooperačním období. Vyskytne-li se u oboustranných implantací osifikace po první operaci, téměř jistě se to stane i na straně druhé. Tato skutečnost by svědčila pro individuální náchylnost k této komplikaci (Dungl, 2005, s. 935).

Mezi pozdní komplikace opět patří **luxace TEP** kyčle. Méně než v 1 % luxovaných TEP dojde k první luxaci až po 5 letech od implantace (Dungl, 2005, s. 937).

Pozdní - **hematogenní infekt** je způsoben infekcí do této doby asymptomatického kloubu. Vzniká obvykle za dva a více let po operaci. Agens proniká do zdravého kloubu hematogenní cestou a průběh infekce závisí na jeho virulenci. Většinou ve febrilním stavu dochází k omezení funkce kloubu, bolesti, lokálnímu zarudnutí, zduření a zvýšené teplotě (Sosna, 2001, s. 119). Při vzniku jakékoliv infekce (např. angína, zánět v dutině ústní, zánět močových cest, hnisavé ložisko v kůži) je



důležité, aby pacient tento problém nepřehlížel a navštívil svého praktického lékaře nebo operátora. Také při operačních zákrocích (např. stomatologický výkon) a invazivních vyšetřeních (např. endoskopické vyšetření trávicího traktu) je důležité informovat lékaře, že je pacient nositelem TEP. Toto doporučení je důležité dodržovat po zbytek života.

Mezi pozdní pooperační komplikace též řadíme **periprotetické zlomeniny**, které vznikají po běžném úrazu v důsledku rozdílného rozložení přenosu sil mezi kovovým materiálem endoprotézy a živou kostní tkání (Janíček, 2001, s. 104). Nárůst periprotetických fraktur je důsledkem implantace v nižším věku, pacient má implantát ve femuru dlouhou dobu a postupně dochází k úbytku kostní hmoty (Dungl, 2005, s. 938).

## 2 PRAKTICKÁ ČÁST

**Výzkumná otázka:** „Jaké jsou znalosti pacientů o režimu po náhradě kyčelního kloubu?“

### 2.1 Cíle práce

1. Zjistit informovanost pacientů o základních příčinách výměny kyčelního kloubu
2. Zjistit informovanost pacientů o režimových opatřeních po výměně kyčelního kloubu
3. Zjistit vědomosti pacientů o komplikacích a jejich prevenci po výměně kyčelního kloubu

### 2.2 Metodika práce

Pro vlastní výzkum bakalářské práce jsme zvolili metodu dotazníkového šetření. Touto metodou zjišťujeme informace od respondentů písemnou formou pomocí předem zpracovaných otázek. Mezi klady této metody patří rychlé získání konkrétních údajů od velkého počtu respondentů. Nevýhodou může být neochota zkoumaných osob vyplnit dotazník, nepochopení zadané otázky nebo nízká návratnost, pokud není dotazník distribuován osobně.

### **2.2.1 Zkoumaný soubor a jeho charakteristika**

Dotazníky byly rozdány osobně autorkou bakalářské práce v období od 23.2. – 31.3.2011 jednotlivým respondentům na ortopedickém oddělení Nemocnice Přerov. Soubor respondentů se skládal z obou pohlaví. Zúčastnilo se 32 (55,17 %) mužů a 26 (44,83 %) žen. Dolní věková hranice byla stanovena na 51 let, horní věková hranice byla 80 let.

### **2.2.2 Organizace výzkumu**

Výzkumu a rozdání dotazníků předcházela písemná žádost o povolení výzkumného šetření (viz. příloha č.1), která byla adresována hlavní sestře Nemocnice Přerov. Dále následovala pilotní studie, která prověřila srozumitelnost a jednoznačnost otázek. Bylo osloveno 5 respondentů. Testování dotazníku neodhalilo žádné nedostatky, oslovení respondenti rozuměli všem otázkám a dotazník byl ponechán v nezměněné podobě. Při dotazníkovém šetření bylo rozdáno 60 (100,00 %) dotazníků, návratnost byla 100 %. 2 dotazníky byly z výzkumného šetření vyřazeny pro jejich neúplnost. Pro zpracování bylo použito 58 (96,66 %) dotazníků.

### **2.2.3 Dotazníkové šetření**

Pro výzkumné šetření byl vytvořen vlastní dotazník (viz. příloha č.2) obsahující 23 položek.

Ke zjištění cíle č. 1, který je zaměřen na informovanost pacientů o základních příčinách výměny kyčelního kloubu byly použity otázky č. 1.

Cíl č. 2 byl zaměřen na informovanost pacientů o režimových opatřeních po výměně kyčelního kloubu, zde byly použity otázky č. 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 a 10.

U cíle č. 3 zaměřeného na vědomosti pacientů o komplikacích a jejich prevenci po výměně kyčelního kloubu byly použity otázky č.11, 12, 13, 14, 15 a 16.

Otázky č. 20, 21, 22 a 23 zjišťují faktografické údaje.

V dotazníku byly použity otázky dichotomické, kdy si respondent může vybrat ze dvou variant, polytomické otázky s možností výběru z více variant odpovědí. U tří položek jsou použity polozavřené otázky s možností doplnění vlastní odpovědí. U jedné položky byla použita otevřená otázka.

#### **2.2.4 Zpracování výsledků**

Získané výsledky výzkumu byly jednotlivě zpracovány a vyhodnoceny v programu Microsoft Excel 2007. Údaje byly uvedeny v tabulkách, kde byla vyjádřena absolutní četnost (N), relativní četnost vyjádřena v procentech (%) a celkový počet respondentů, odpovědí – suma ( $\Sigma$ ). Data uvedená v tabulkách byla pro názornost graficky zpracována.

V některých otázkách mohli respondenti označit více možných odpovědí, proto součet všech odpovědí není roven počtu respondentů.

## 2.3 Výsledky šetření

**Interpretace výsledků v oblasti informovanosti pacientů o základních příčinách výměny kyčelního kloubu**

### **Dotazníkové položky k cíli č. 1: 1**

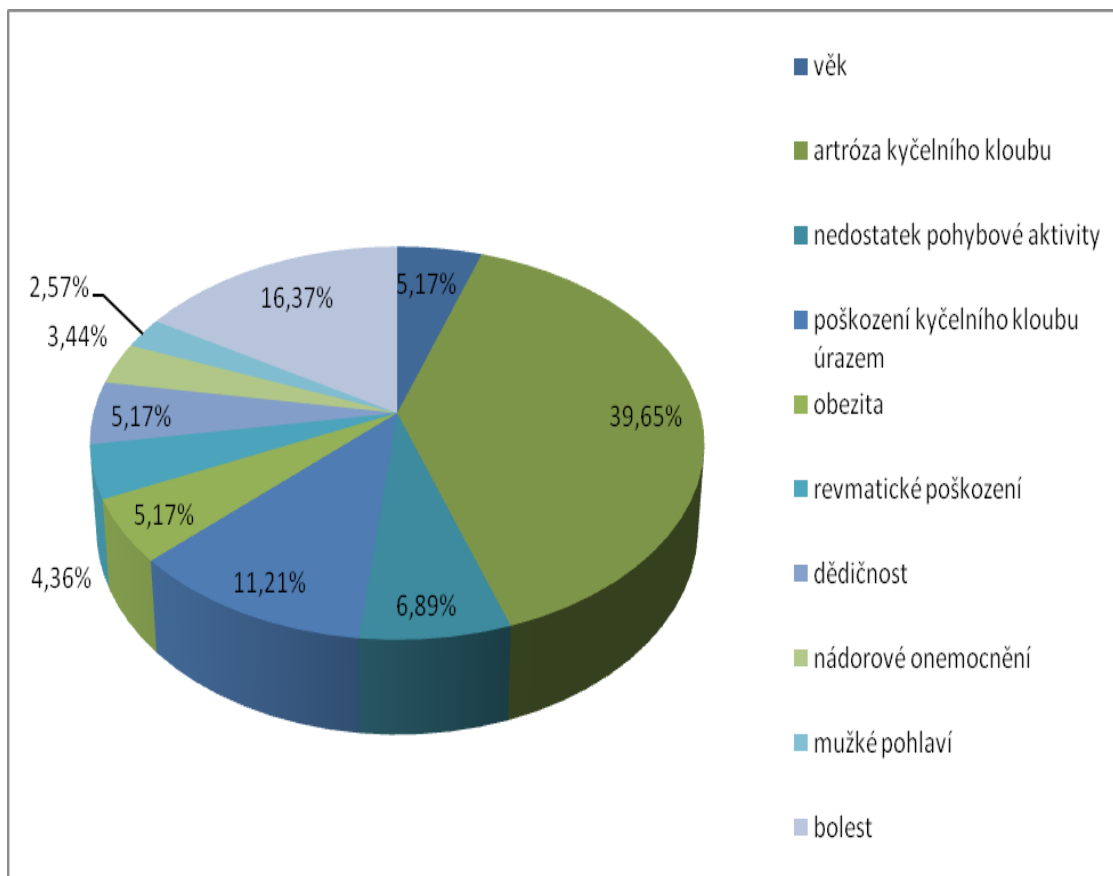
**Dotazníková položka č. 1:** Důvody k provedení náhrady kyčelního kloubu endoprotézou

Ze 116 (100,00 %) položek týkajících se důvodů k provedení náhrady kyčelního kloubu uvedlo 6 (5,17 %) respondentů věk, artrózu kyčelního kloubu uvedlo 46 (39,65 %) respondentů, nedostatek pohybové aktivity označilo 8 (6,89 %) respondentů, poškození kyčelního kloubu úrazem označilo 13 (11,21%) respondentů, obezitu uvedlo 6 (5,17 %) respondentů, poškození kyčelního kloubu v důsledku revmatického onemocnění 5 (4,36 %) respondentů, dědičnost 6 (5,17 %) respondentů, nádorové onemocnění stehenní kosti 4 (3,44 %) respondenti, mužské pohlaví 3 (2,57 %) respondenti a bolest 19 (16,37 %) respondentů.

**Tabulka 1 – Důvody náhrady kyčelního kloubu**

	N	relativní četnost
věk	6	5,17 %
artróza kyčelního kloubu	46	39,65 %
nedostatek pohybové aktivity	8	6,89 %
poškození kyčelního kloubu úrazem	13	11,21 %
obezita	6	5,17 %
revmatické poškození	5	4,36 %
dědičnost	6	5,17 %
nádorové onemocnění	4	3,44 %
mužské pohlaví	3	2,57 %
bolest	19	16,37 %
<b>Σ</b>	<b>116</b>	<b>100,00 %</b>

**Graf 1 - Důvody náhrady kyčelního kloubu**



## Interpretace výsledků v oblasti informovanosti o režimových opatřeních po výměně kyčelního kloubu

**Dotazníkové položky k cíli č. 2: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10**

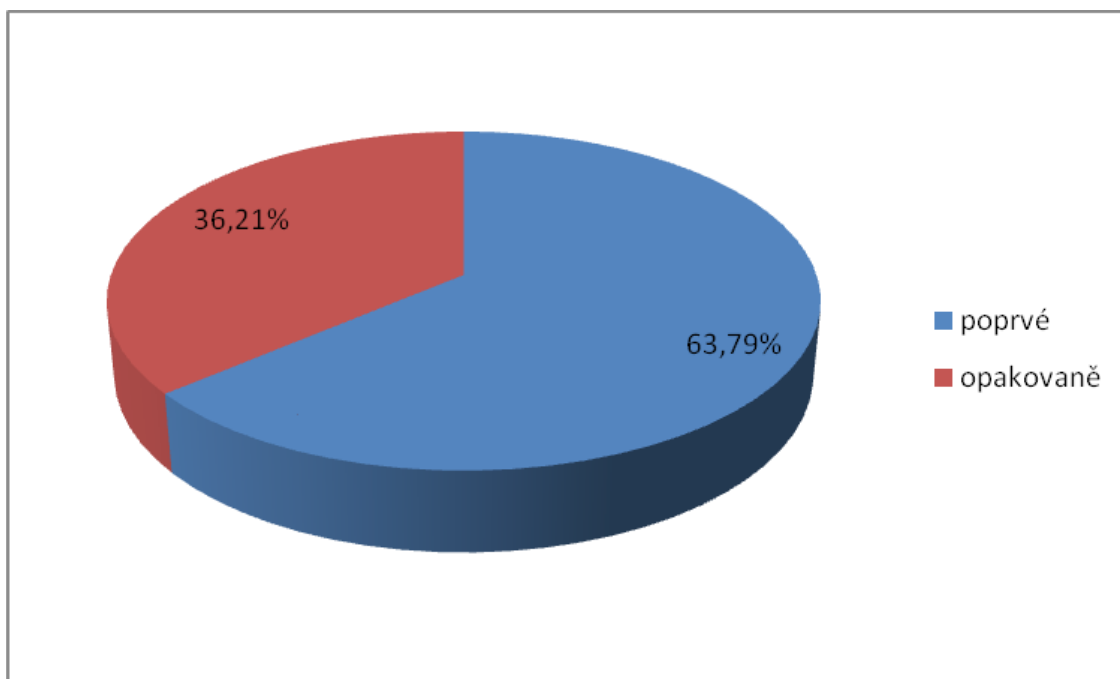
**Dotazníková položka č. 2:** Operace náhrada kyčelního kloubu byla provedena

Z 58 (100,00 %) respondentů náhradu kyčelního kloubu absolvovalo 37 (63,79 %) respondentů poprvé, u 21 (36,21 %) respondentů se jednalo o opakovanou operaci kdy už jednu operaci náhrady kyčelního kloubu endoprotézou podstoupili nebo se jednalo o výměnu endoprotézy.

**Tabulka 2 – Tento druh operace jste absolvoval(a)**

	N	relativní četnost
poprvé	37	63,79 %
opakovaně	21	36,21 %
$\Sigma$	58	100,00 %

**Graf 2 - Tento druh operace jste absolvoval(a)**



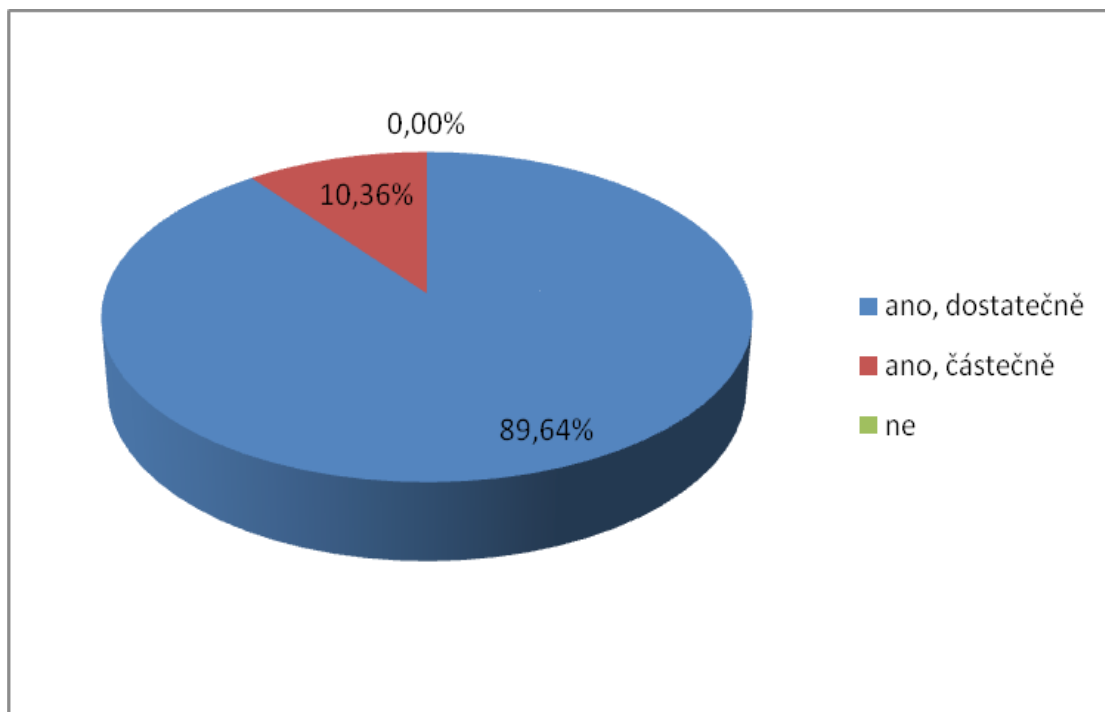
### Dotazníková položka č. 3: Informovanost pacientů o jakou operaci se jedná

Analýzou dat bylo zjištěno, že z 58 (100,00 %) respondentů bylo dostatečně informováno o operaci 52 (89,64 %) respondentů, 6 (10,36 %) dotazovaných uvedlo částečnou informovanost. Žádný (0,00 %) respondent neudává, že by nebyl informován o operaci.

**Tabulka 3 – Informovanost o jakou operaci se jedná**

	N	relativní četnost
ano, dostatečně	52	89,64 %
ano, částečně	6	10,36 %
ne	0	0,00 %
<b>Σ</b>	<b>58</b>	<b>100,00 %</b>

**Graf 3 – Informovanost o jakou operaci se jedná**





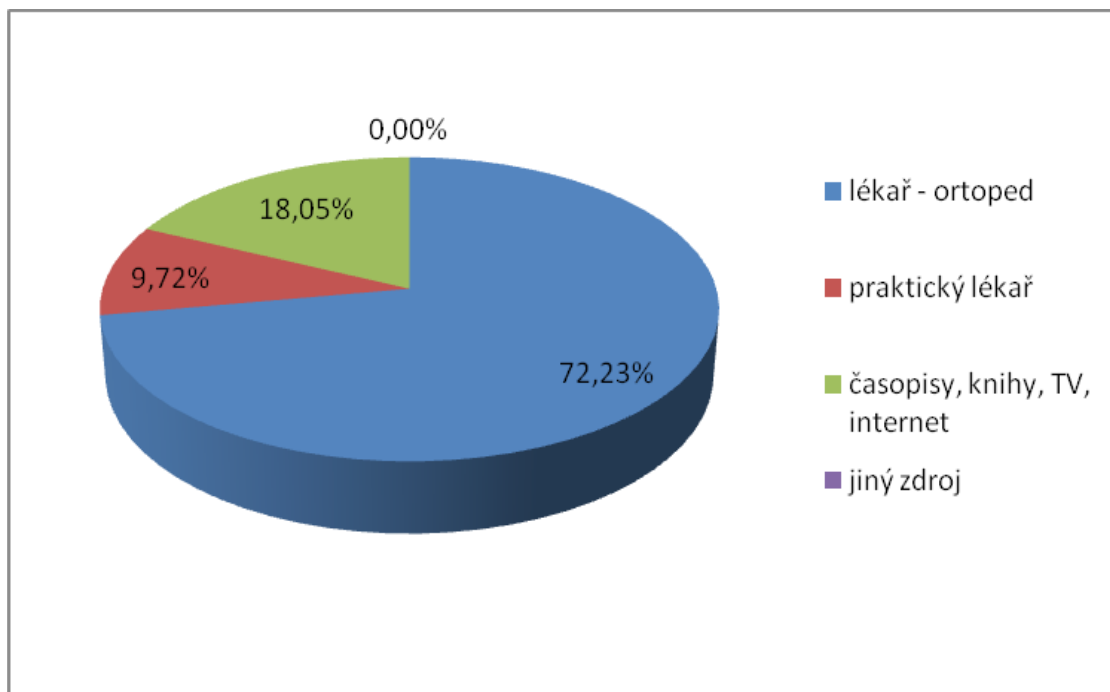
#### Dotazníková položka č. 4: Informace o typu operace byly poskytnuty

Z celkového počtu položek 78 (100,00 %) vyplývá, že informace od lékaře – ortopeda obdrželo 52 (72,23 %) respondentů, od praktického lékaře 7 (9,72 %), z časopisů, knih, televize a internetu 13 (18,05 %), jiný zdroj nevedl žádný respondent.

Tabulka 4 – Informace o typu operace poskytl

	N	relativní četnost
lékař - ortoped	52	72,23 %
praktický lékař	7	9,72 %
časopisy, knihy, TV, internet	13	18,05 %
jiný zdroj	0	0,00 %
<b>Σ</b>	<b>72</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 4– Informace o typu operace poskytl



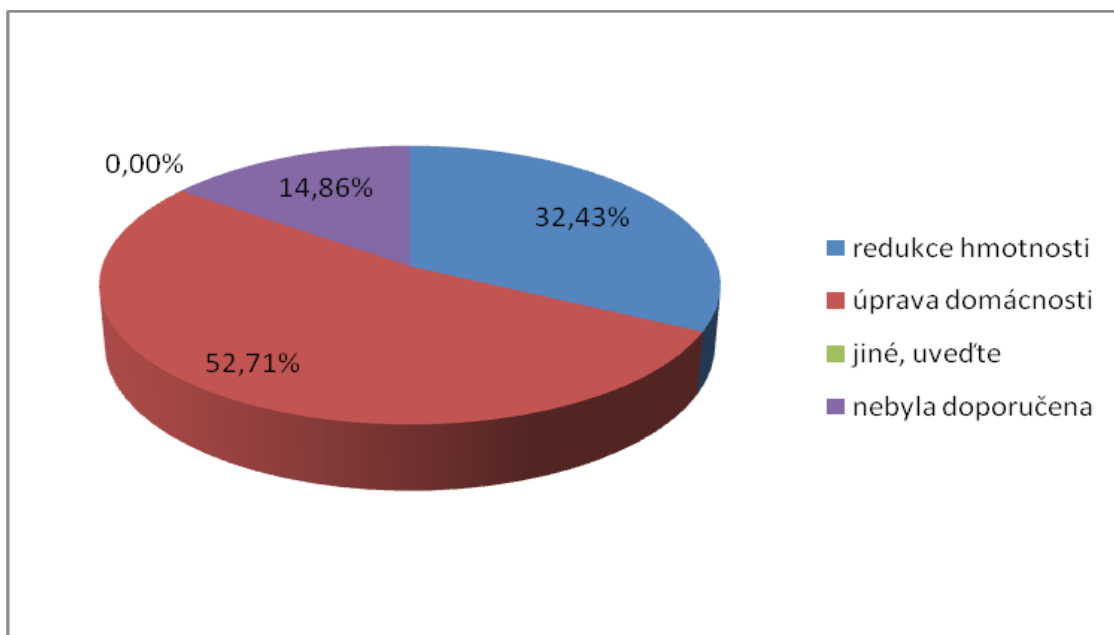
### Dotazníková položka č. 5: Doporučení speciální předoperační přípravy

Z celkového počtu položek 74 (100,00 %) vyplývá, že redukce hmotnosti byla doporučena 24 (32,43 %) respondentům, úprava domácnosti (madla na toaletě, zvýšené lůžko s pevnou matrací) 39 (52,71 %) respondentům, jiná doporučení neuvedl žádný respondent (0,00 %) a 11 (14,85 %) respondentů uvedlo, že nebyla doporučena speciální předoperační příprava.

**Tabulka 5 – Doporučena speciální předoperační příprava**

	N	relativní četnost
redukce hmotnosti	24	32,43 %
úprava domácnosti	39	52,71 %
jiné, uveďte	0	0,00 %
nebyla doporučena	11	14,86 %
<b>Σ</b>	<b>74</b>	<b>100,00 %</b>

**Graf 5 - Doporučena speciální předoperační příprava**



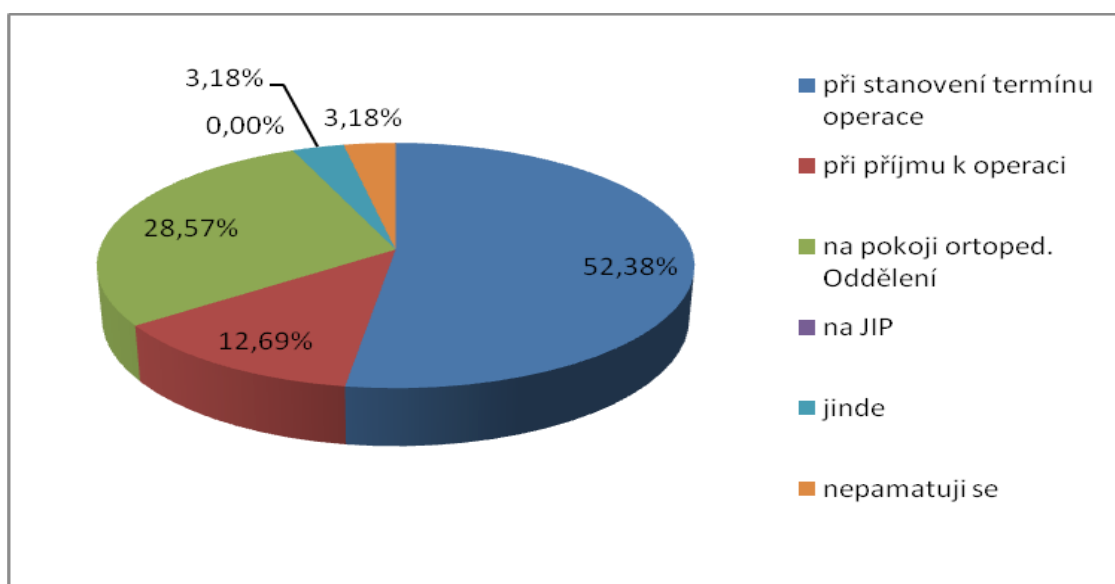
**Dotazníková položka č. 6 :** Informace o režimu po náhradě kyčelního kloubu byly sděleny

Z celkového počtu položek 63 (100,00 %) vyplývá, že informace o režimu po náhradě kyčelního kloubu byly sděleny 33 (52,38 %) respondentům v ambulanci při stanovení termínu operace, 8 (12,69 %) respondentů uvedlo na ambulanci v den příjmu k operaci, 18 (28,57 %) respondentů uvedlo poskytnutí informací na pokoji na ortopedickém oddělení, na JIP nebyly poskytnuty informace, 2 (3,18 %) respondenti získali informace od příbuzných a známých a 2 (3,18 %) respondenti uvedli, že si nepamatují.

**Tabulka 6 – Informace o režimu byly sděleny**

	N	relativní četnost
při stanovení termínu operace	33	52,38 %
při příjmu k operaci	8	12,69 %
na pokoji ortoped. oddělení	18	28,57 %
na JIP	0	0,00 %
jinde	2	3,18 %
nepamatují se	2	3,18 %
<b>Σ</b>	<b>63</b>	<b>100,00 %</b>

**Graf 6 - Informace o režimu byly sděleny**



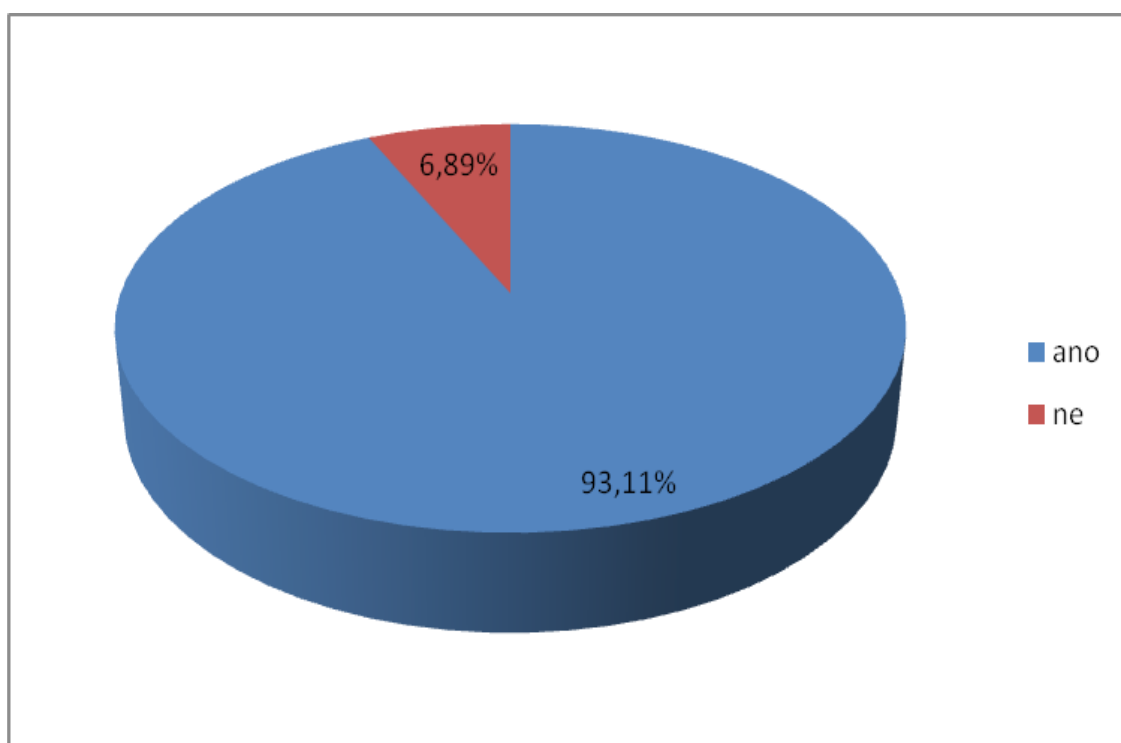
### Dotazníková položka č. 7 : Znalost očekávané délky pobytu v nemocnici

Z 58 (100,00 %) respondentů znalo očekávanou délku pobytu v nemocnici 54 (93,91 %) respondentů, 4 (6,89 %) respondenti dobu hospitalizace neznali.

**Tabulka 7 – Seznámení s délkou pobytu v nemocnici**

	N	relativní četnost
ano	54	93,11 %
ne	4	6,89 %
$\Sigma$	58	100,00 %

**Graf 7 – Seznámení s délkou pobytu v nemocnici**



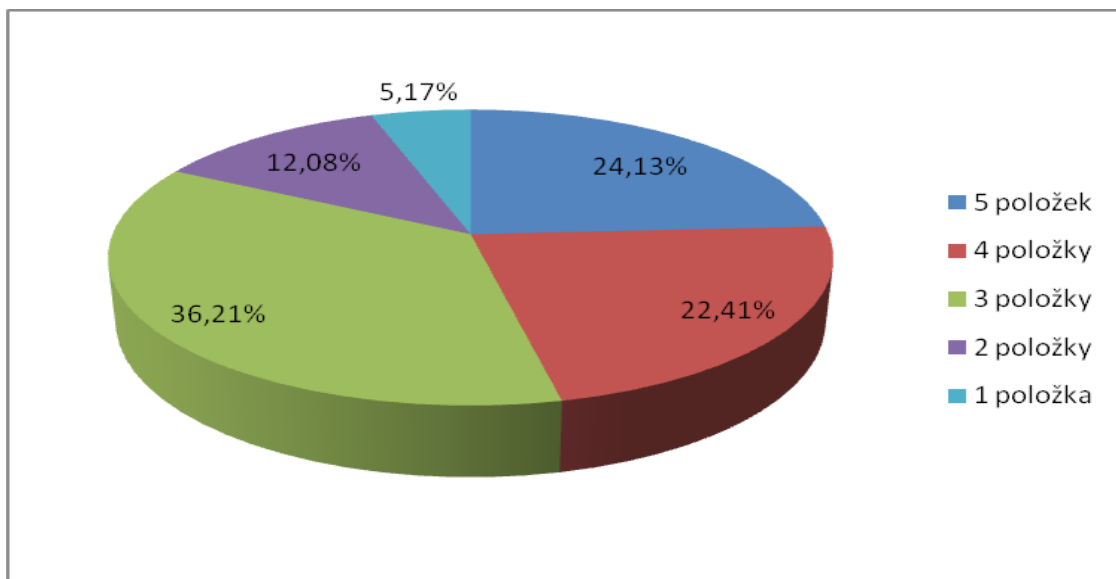
**Dotazníková položka č. 8 :** Pomůcky, které je potřeba užívat po náhradě kyčelního kloubu

Z celkového počtu 58 (100,00 %) dotázaných respondentů 14 (24,13 %) respondentů napsalo pět správných pomůcek, které je nutno používat po náhradě kyčelního kloubu, což představuje 100,00% správných odpovědí, 13 (22,41 %) respondentů napsalo čtyři správné pomůcky, které je nutno používat po náhradě kyčelního kloubu, 21 (36,21 %) respondentů napsalo tři správné pomůcky, které je nutno používat po náhradě kyčelního kloubu, 7 (12,08 %) respondentů napsalo dvě správné pomůcky, které je nutno používat po náhradě kyčelního kloubu a 3 (5,17 %) respondentů napsalo pouze jednu správnou pomůcku.

**Tabulka 8 – Znalost pomůcek**

	N	relativní četnost
5 položek	14	24,13 %
4 položky	13	22,41 %
3 položky	21	36,21 %
2 položky	7	12,08 %
1 položka	3	5,17 %
<b>Σ</b>	<b>58</b>	<b>100,00 %</b>

**Graf 8 – Znalost pomůcek**



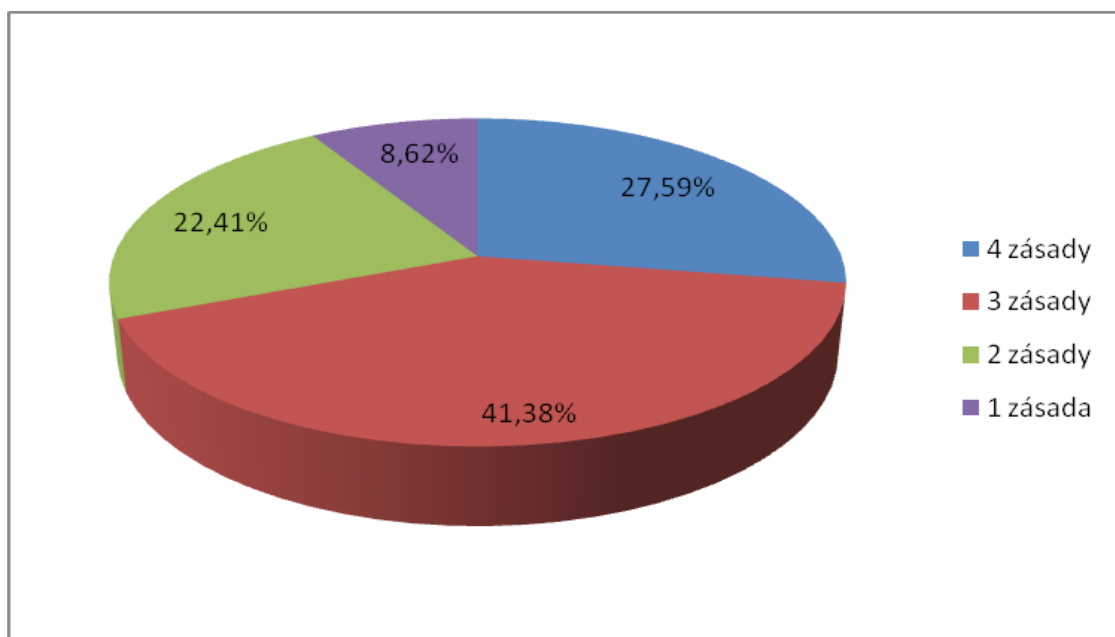
**Dotazníková položka č. 9:** Zásady pohybového režimu, které je nutno po operaci dodržovat

Z 58 (100,00 %) položek týkajících se zásad pohybového režimu nutných dodržovat po operaci 16 (27,59 %) respondentů vybralo z uvedených možností čtyři správné zásady pohybového režimu, což představuje 100,00 % správných odpovědí, 24 (41,38 %) respondentů vybralo z uvedených možností tři správné zásady pohybového režimu, 13 (22,41 %) respondentů vybralo z uvedených možností dvě správné zásady pohybového režimu a 5 (8,62 %) respondentů vybralo z uvedených možností jednu správnou zásadu pohybového režimu.

**Tabulka 9 – Znalost zásad pohybového režimu po TEP kyčelního kloubu**

	N	relativní četnost
4 zásady	16	27,59 %
3 zásady	24	41,38 %
2 zásady	13	22,41 %
1 zásada	5	8,62 %
<b>Σ</b>	<b>58</b>	<b>100,00 %</b>

**Graf 9 - Znalost zásad pohybového režimu po TEP kyčelního kloubu**



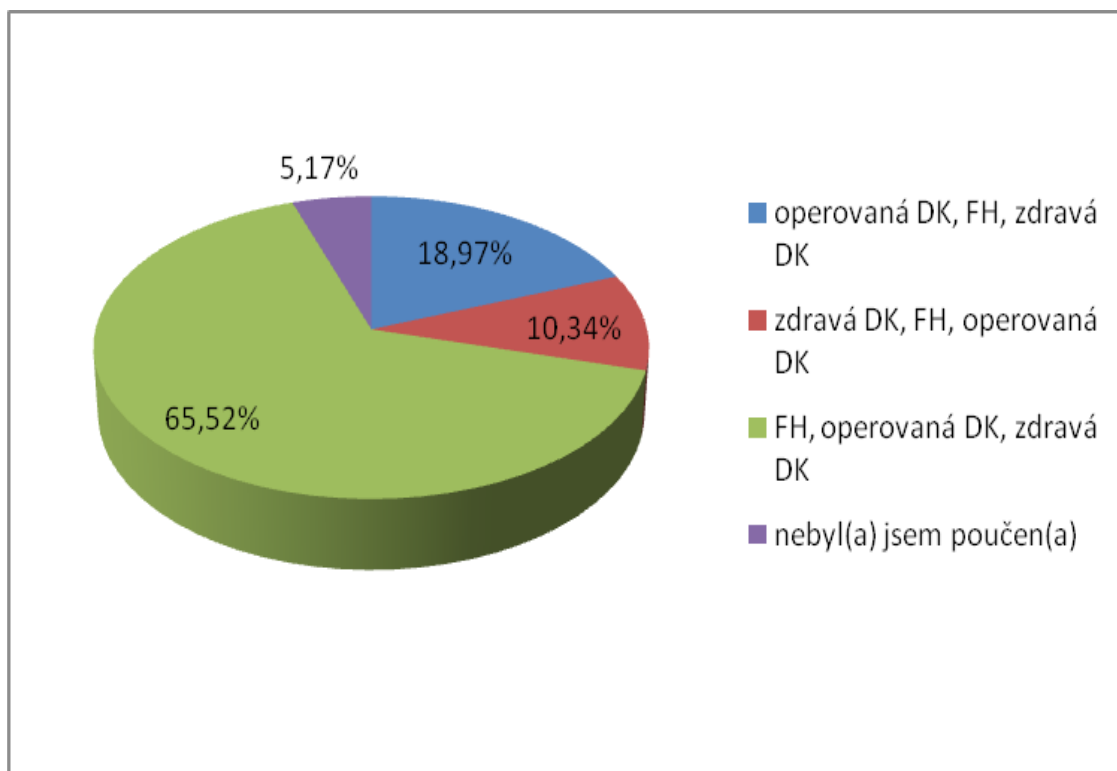
### Dotazníková položka č. 10: Správný postup při chůzi po rovině

Analýzou dat bylo zjištěno, že z 58 (100,00 %) respondentů 11 (18,97 %) respondentů uvedlo postup při chůzi po rovině - operovaná DK, obě FH, zdravá DK, 6 (10,34 %) uvedlo postup - zdravá DK, obě FH, operovaná DK, 38 (65,52 %) dotazovaných uvedlo správný postup - obě FH, operovaná DK, zdravá DK a 3 (5,17 %) respondenti uvedli, že nebyli o chůzi po rovině poučeni.

**Tabulka 10 – Správný postup při chůzi po rovině**

N		relativní četnost
operovaná DK, FH, zdravá DK	11	18,97 %
zdravá DK, FH, operovaná DK	6	10,34 %
FH, operovaná DK, zdravá DK	38	65,52 %
nebyl(a) jsem poučen(a)	3	5,17 %
<b>Σ</b>	<b>58</b>	<b>100,00 %</b>

**Graf 10 - Správný postup při chůzi po rovině**



## Interpretace výsledků v oblasti vědomostí pacientů o komplikacích a jejich prevenci po výměně kyčelního kloubu

### Dotazníkové položky k cíli č. 3: 11, 12, 13, 14, 15, 16

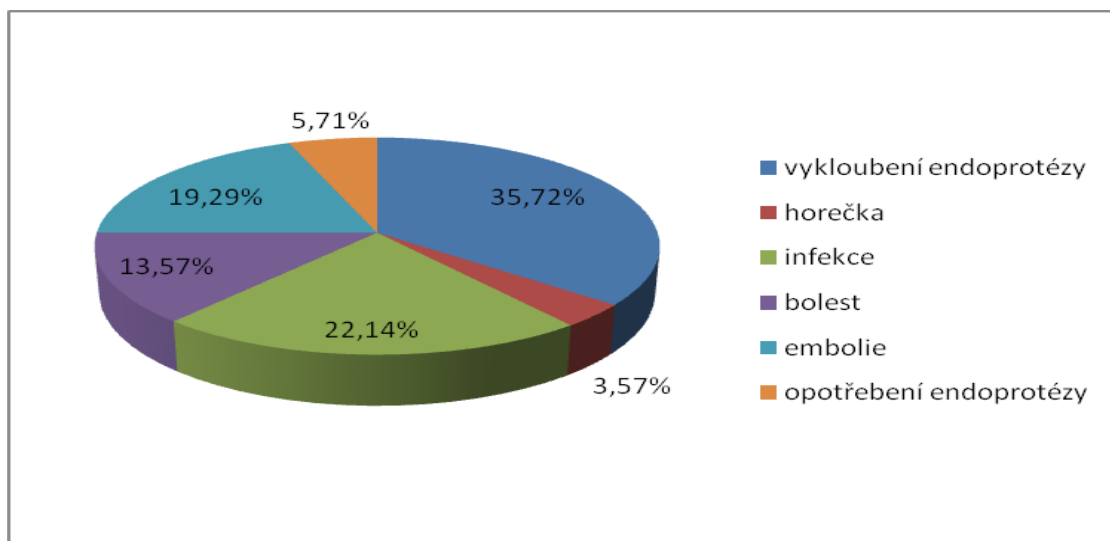
**Dotazníková položka č. 11:** Nejzávažnější komplikace po operaci kyčelního kloubu jsou

Ze 140 (100,00 %) položek týkajících se komplikací po operaci kyčelního kloubu uvedlo 50 (35,72 %) respondentů vykloubení endoprotézy, 5 (3,57 %) respondentů uvedlo horečku, 31 (22,14 %) respondentů uvedlo jako pooperační komplikaci infekci, 19 (13,57 %) respondentů uvedlo bolest, 27 (19,29 %) respondentů uvedlo embolie a 8 (5,71 %) respondentů uvedlo opotřebení endoprotézy.

**Tabulka 11 – Nejzávažnější komplikace po operaci kyčelního kloubu**

	N	relativní četnost
vykloubení endoprotézy	50	35,72%
horečka	5	3,57%
infekce	31	22,14%
bolest	19	13,57%
embolie	27	19,29%
opotřebení endoprotézy	8	5,71%
<b>Σ</b>	<b>140</b>	<b>100,00 %</b>

**Graf 11 - Nejzávažnější komplikace po operaci kyčelního kloubu**





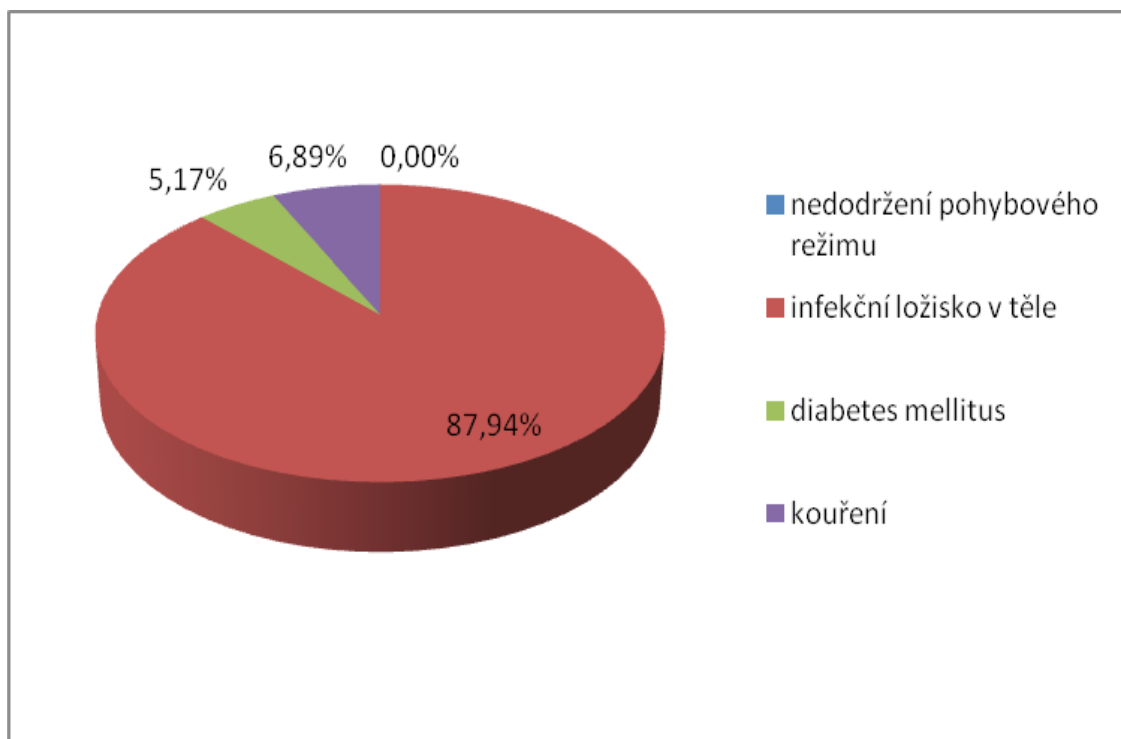
### Dotazníková položka č. 12: Příčina, která může způsobit infekci je

Analýzou dat bylo zjištěno, že z 58 (100,00 %) respondentů žádný (0,00 %) respondent neuvedl jako příčinu vzniku infekce nedodržení pohybového režimu, 51 (87,94 %) respondentů uvedlo správně infekční ložisko v těle, 3 (5,17 %) respondenti uvedli jako příčinu diabetes mellitus, 4 (6,89 %) respondenti označili za příčinu infekce kouření.

Tabulka 12 – Příčina, která může způsobit infekci

	N	relativní četnost
nedodržení pohybového režimu	0	0,00 %
infekční ložisko v těle	51	87,94 %
diabetes mellitus	3	5,17 %
kouření	4	6,89 %
Σ	58	100,00 %

Graf 12 – Příčina, která může způsobit infekci



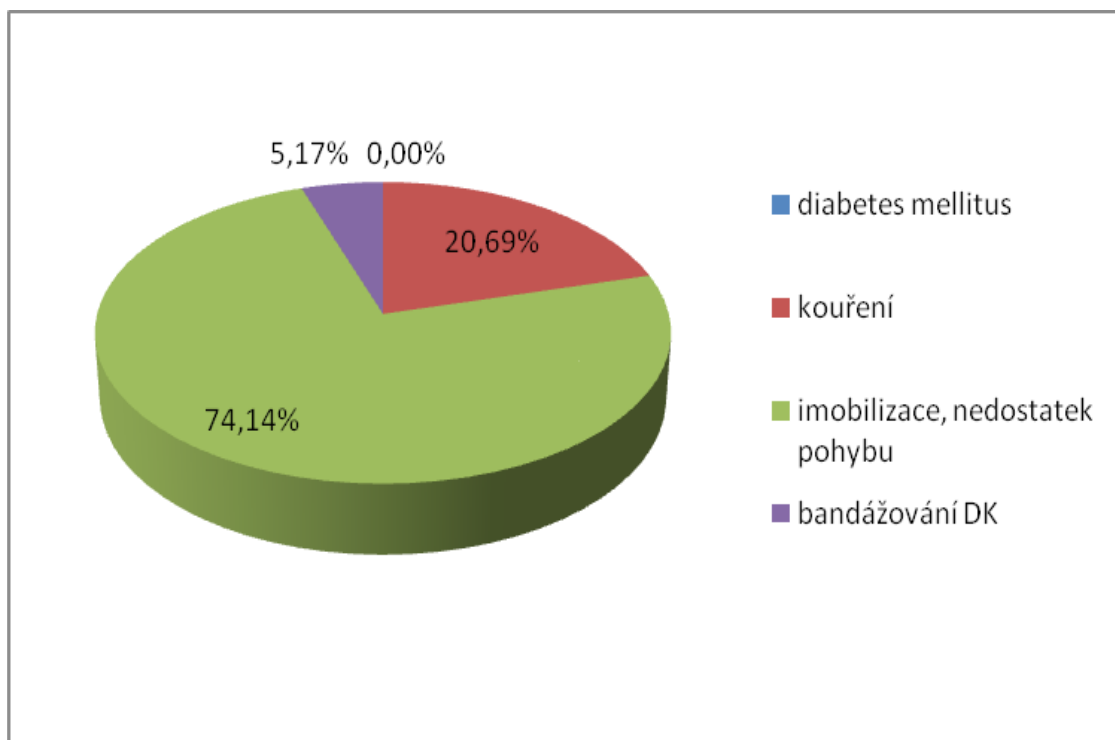
### Dotazníková položka č. 13: Embolii může způsobit

Z 58 (100,00 %) celkového počtu tázaných respondentů se žádný (0,00 %) respondent nedomnívá, že embolii může způsobit diabetes, 12 (20,69 %) respondentů se domnívá, že kouření může způsobit embolii, 43 (74,14 %) respondentů se správně domnívá, že embolii může způsobit imobilizace a nedostatek pohybové aktivity a 3 (5,17 %) respondenti uvedli jako příčinu embolie bandážování dolních končetin.

Tabulka 13 – Embolii může způsobit

	N	relativní četnost
diabetes mellitus	0	0,00 %
kouření	12	20,69 %
imobilizace, nedostatek pohybu	43	74,14 %
bandážování DK	3	5,17 %
<b>Σ</b>	<b>58</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 13 - Embolii může způsobit



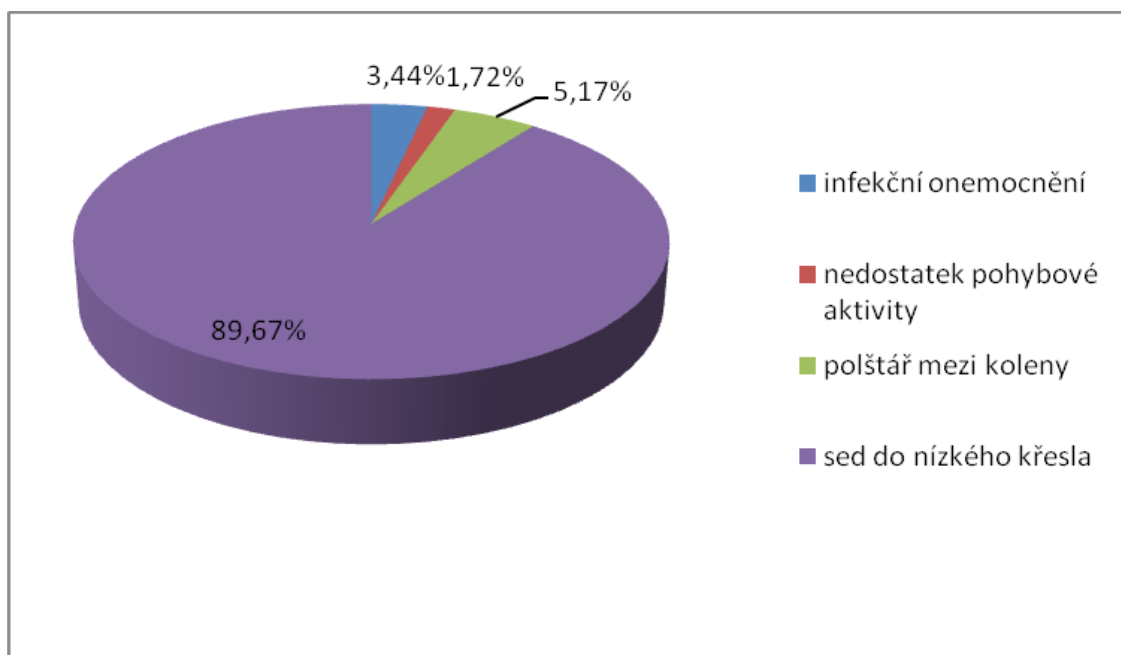
#### Dotazníková položka č. 14: Vykloubení endoprotézy může způsobit

Z 58 (100,00 %) respondentů uvedlo 2 (3,44 %) respondenti, že vykloubení endoprotézy může způsobit infekční onemocnění, 1 (1,72 %) respondent uvedl, že vykloubení endoprotézy může způsobit nedostatek pohybové aktivity, 3 (5,17 %) respondenti uvedli, že vykloubení endoprotézy může způsobit polštář mezi koleny a 52 (89,67 %) respondentů uvedlo správně, že vykloubení endoprotézy může způsobit sed do nízkého křesla.

Tabulka 14 – Vykloubení endoprotézy může způsobit

	N	relativní četnost
infekční onemocnění	2	3,44 %
nedostatek pohybové aktivity	1	1,72 %
polštář mezi koleny	3	5,17 %
sed do nízkého křesla	52	89,67 %
<b>Σ</b>	<b>58</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 14 - Vykloubení endoprotézy může způsobit



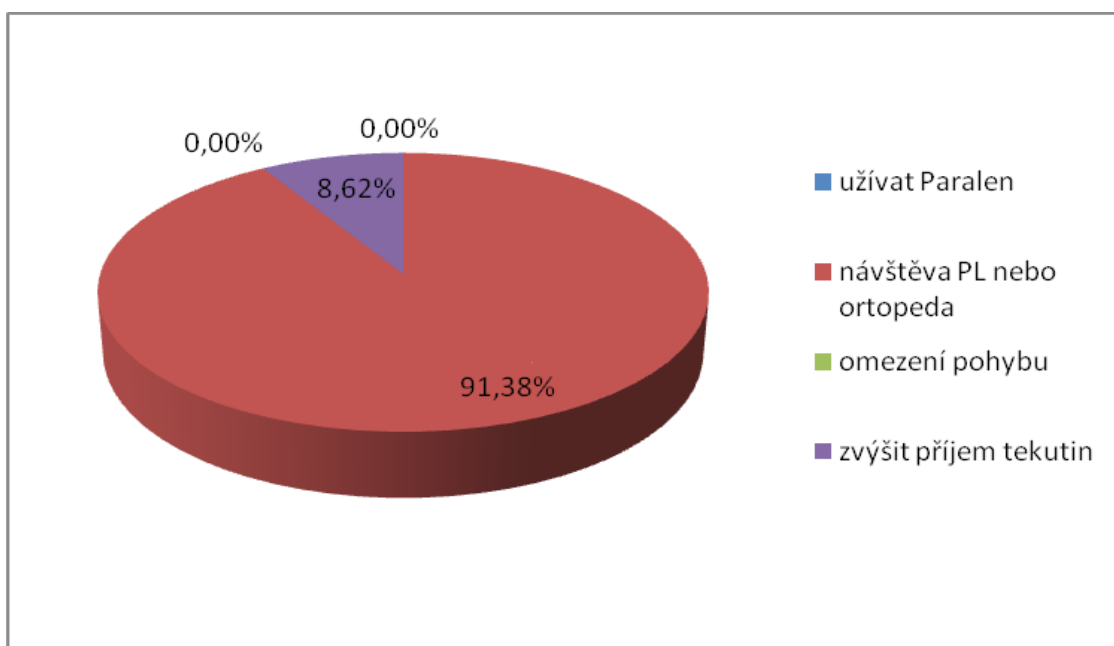
### Dotazníková položka č. 15: Postup při podezření na známky infekce

Z 58 (100,00 %) celkového počtu tázaných respondentů se žádný (0,00 %) respondent nedomnívá, že při podezření na známky infekce je vhodné užívat Paralen, 53 (91,38 %) respondentů se správně domnívá, že při podezření na známky infekce je vhodné ihned navštívit praktického lékaře nebo svého ortopeda, žádný (0,00 %) respondent se nedomnívá, že při podezření na známky infekce je vhodné omezení pohybu a 5 (8,62 %) respondentů uvedli jako vhodný postup při známkách infekce zvýšení příjmu tekutin.

Tabulka 15 – Postup při podezření na známky infekce

	N	relativní četnost
užívat Paralen	0	0,00 %
návštěva PL nebo ortopeda	53	91,38 %
omezení pohybu	0	0,00 %
zvýšit příjem tekutin	5	8,62 %
<b>Σ</b>	<b>58</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 15 - Postup při podezření na známky infekce



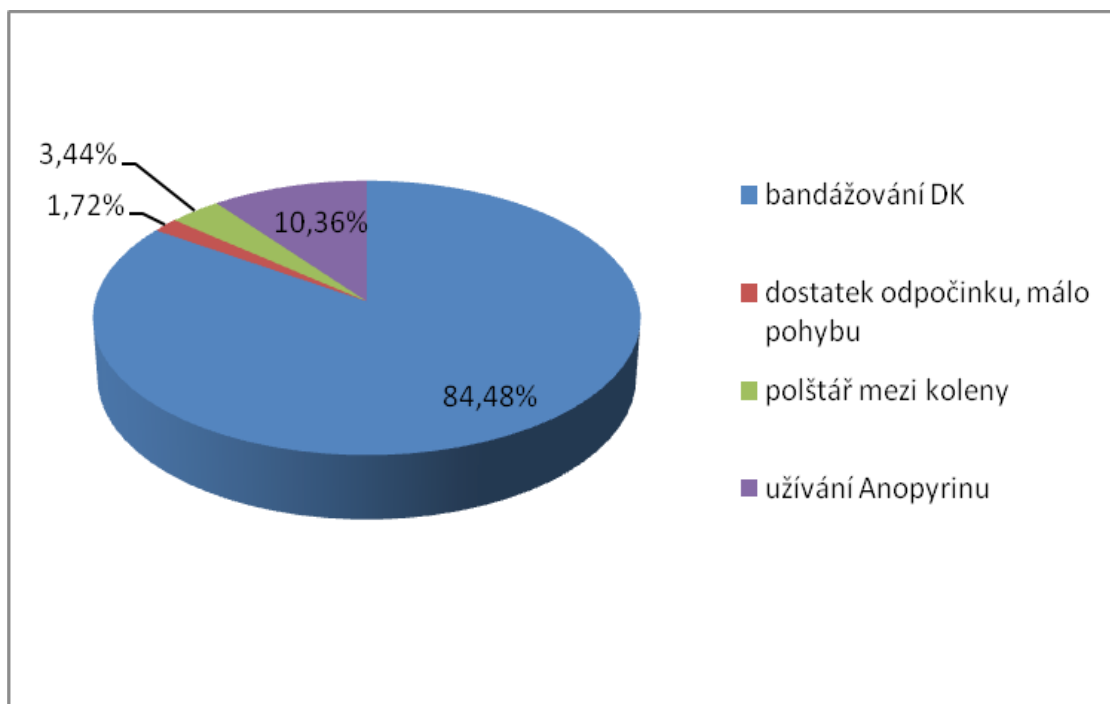
### Dotazníková položka č. 16: Prevence embolie je

Z 58 (100,00 %) respondentů uvedlo 49 (84,48 %) respondentů správně, že prevence embolie je bandážování dolních končetin, 1 (1,72 %) respondent uvedl, že prevence embolie je dostatek odpočinku, málo pohybu, 2 (3,44 %) respondenti uvedli, že prevence embolie je polštář mezi kolena a 6 (10,36 %) respondentů uvedlo, že prevence embolie je užívání Anopyrinu.

**Tabulka 16 – Prevence embolie**

	N	relativní četnost
bandážování DK	49	84,48 %
dostatek odpočinku, málo pohybu	1	1,72 %
polštář mezi kolena	2	3,44 %
užívání Anopyrinu	6	10,36 %
<b>Σ</b>	<b>58</b>	<b>100,00 %</b>

**Graf 16 – Prevence embolie**



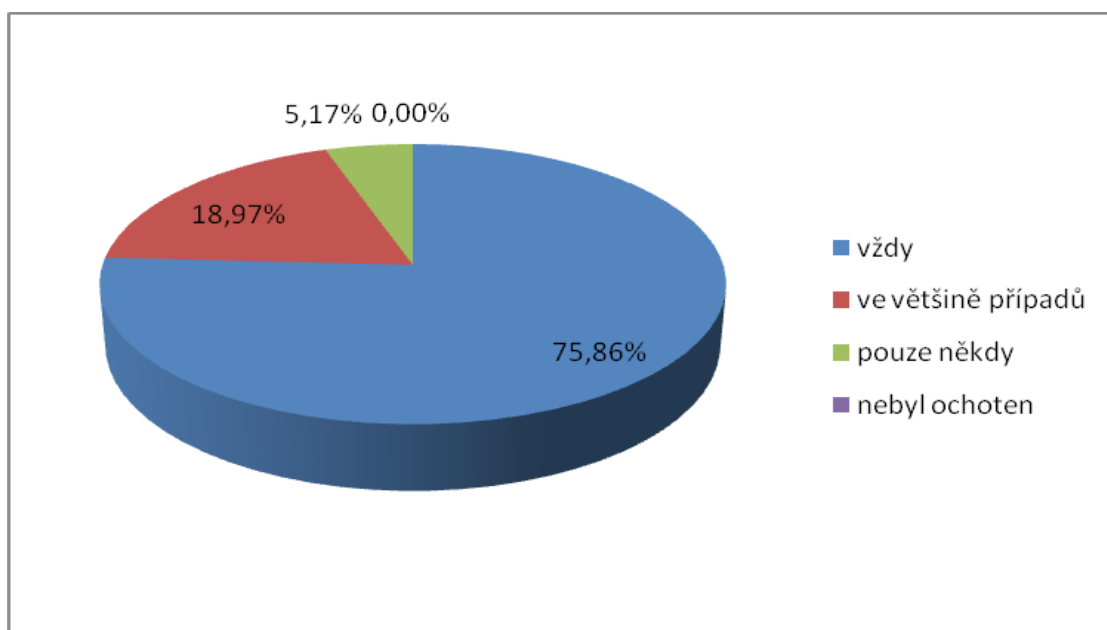
**Dotazníková položka č. 17:** Zdravotnický personál odpovídal ochotně na Vaše otázku

Analýzou dat vyplývá, že 44 (75,86 %) respondentům zdravotnický personál odpovídal ochotně na jejich otázky vždy, 11 (18,97 %) respondentů zdravotnický personál odpovídal ochotně na jejich otázky ve většině případů, 3 (5,17 %) respondenti uvedli, že personál odpovídal ochotně na jejich otázky pouze někdy. Žádný respondent (0,00 %) neuvedl, že zdravotnický personál nebyl ochoten odpovídat na případné otázky.

**Tabulka 17 – Zdravotnický personál odpovídal ochotně na Vaše otázky**

	N	relativní četnost
vždy	44	75,86 %
ve většině případů	11	18,97 %
pouze někdy	3	5,17 %
nebyl ochoten	0	0,00 %
<b>Σ</b>	<b>58</b>	<b>100,00 %</b>

**Graf 17 – Zdravotnický personál odpovídal ochotně na Vaše otázky**



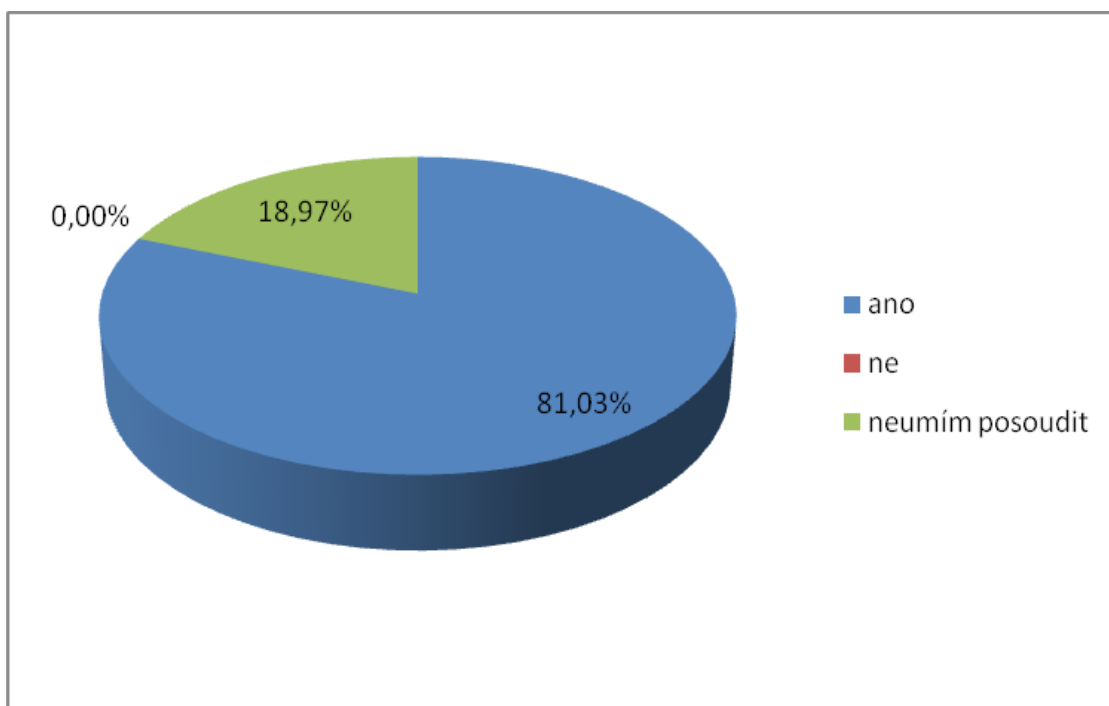
### Dotazníková položka č. 18: Výuce byl věnován dostatek času

Na otázku, zda byl výuce věnován dostatek času odpovědělo z celkového počtu 58 (100,00 %) respondentů 47 (81,03 %) ano, žádný (0,00 %) respondent neuvedl ne a 11 (18,97 %) respondentů neumělo posoudit, zda byl věnován výuce dostatek času.

**Tabulka 18 – Výuce byl věnován dostatek času**

	N	relativní četnost
ano	47	81,03 %
ne	0	0,00 %
neumím posoudit	11	18,97 %
$\Sigma$	58	100,00 %

**Graf 18 – Výuce byl věnován dostatek času**



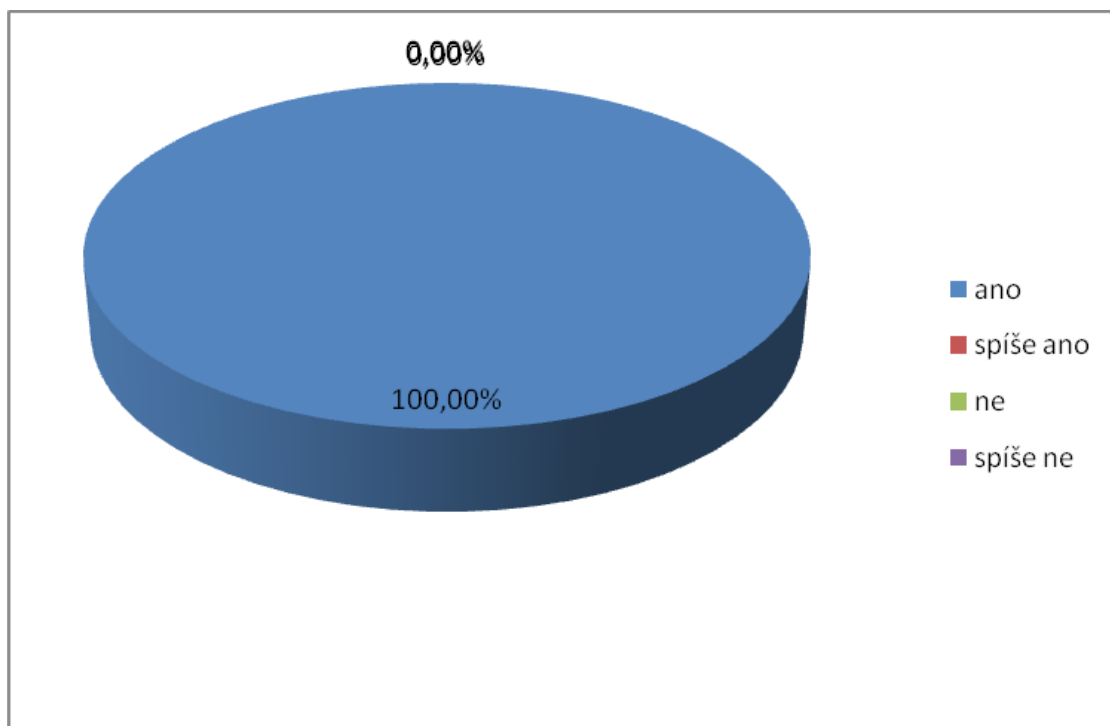
**Dotazníková položka č. 19:** Pokyny a doporučení od sestry a lékaře je nutno dodržovat

Všech 58 (100,00 %) oslovených respondentů na otázku, zda je nutné dodržovat pokyny a doporučení od sestry a lékaře, odpovědělo ano.

**Tabulka 19 – Pokyny a doporučení je nutno dodržovat**

	N	relativní četnost
ano	58	100,00 %
spíše ano	0	0,00 %
ne	0	0,00 %
spíše ne	0	0,00 %
<b>Σ</b>	<b>58</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 19 – Pokyny a doporučení je nutno dodržovat**





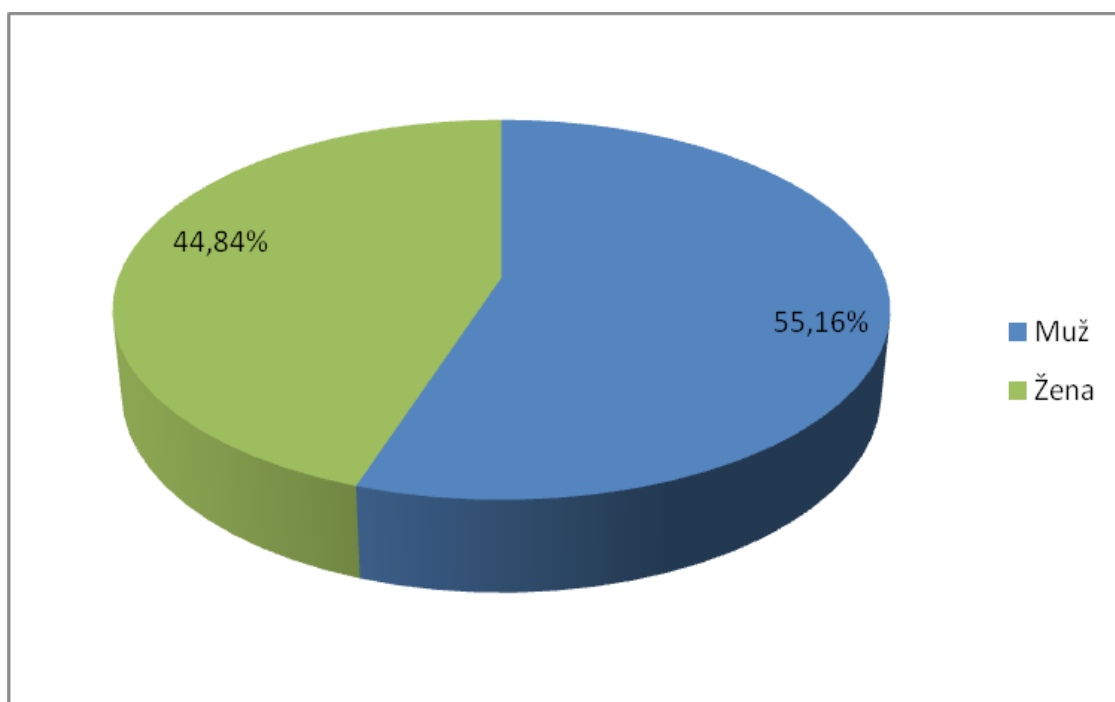
### Dotazníková položka č. 20: Pohlaví

Z celkového počtu 58 (100,00 %) dotázaných respondentů bylo 32 (55,16 %) mužů a 26 (44,84 %) žen.

**Tabulka 20 - Pohlaví**

Pohlaví	N	relativní četnost
Muž	32	55,16 %
Žena	26	44,84 %
<b>Σ</b>	<b>58</b>	<b>100,00 %</b>

**Graf 20 - Pohlaví**



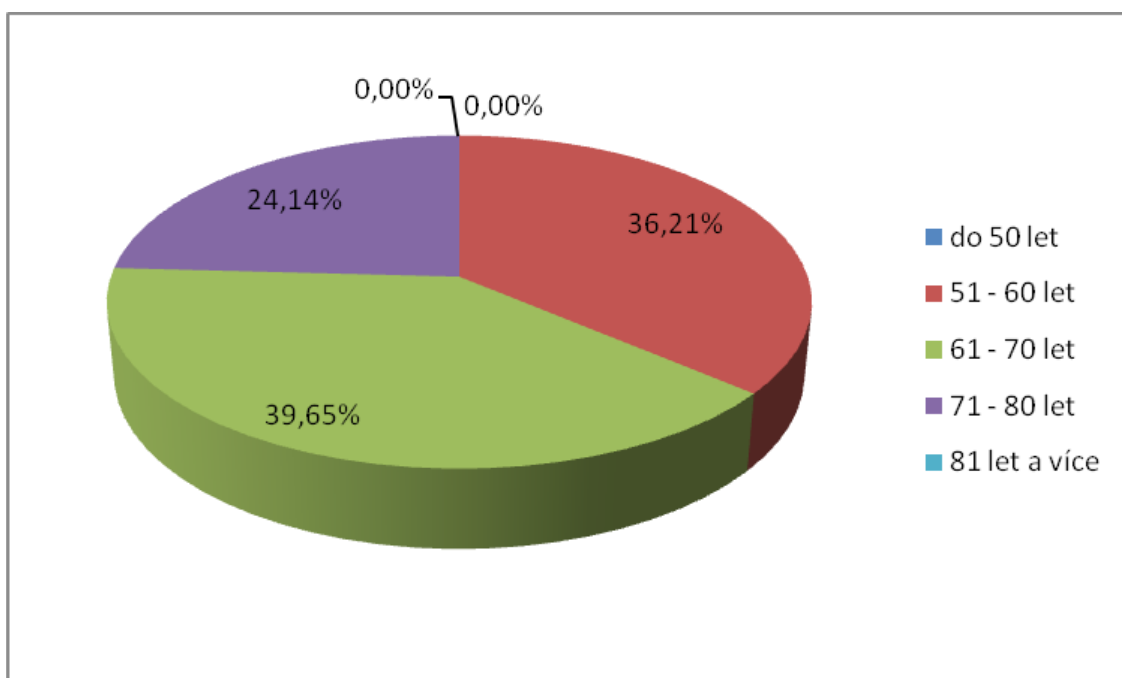
### Dotazníková položka č. 21: Věk

Z celkového počtu 58 (100,00 %) dotázaných respondentů nebyl žádný (0,00 %) respondent zařazen do věkové kategorie do 50 let, 21 (36,21 %) respondentů bylo zařazeno do věkové kategorie 51-60 let, 23 (39,65 %) respondentů bylo zařazeno do věkové kategorie 61-70 let, 14 (24,14 %) respondentů bylo zařazeno do věkové kategorie 71-80 let a žádný (0,00 %) respondent nebyl zařazen do věkové kategorie nad 81 let.

Tabulka 21 – Věk

	N	relativní četnost
do 50 let	0	0,00 %
51 - 60 let	21	36,21 %
61 - 70 let	23	39,65 %
71 - 80 let	14	24,14 %
81 let a více	8	0,00 %
<b>Σ</b>	<b>58</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 21 – Věk



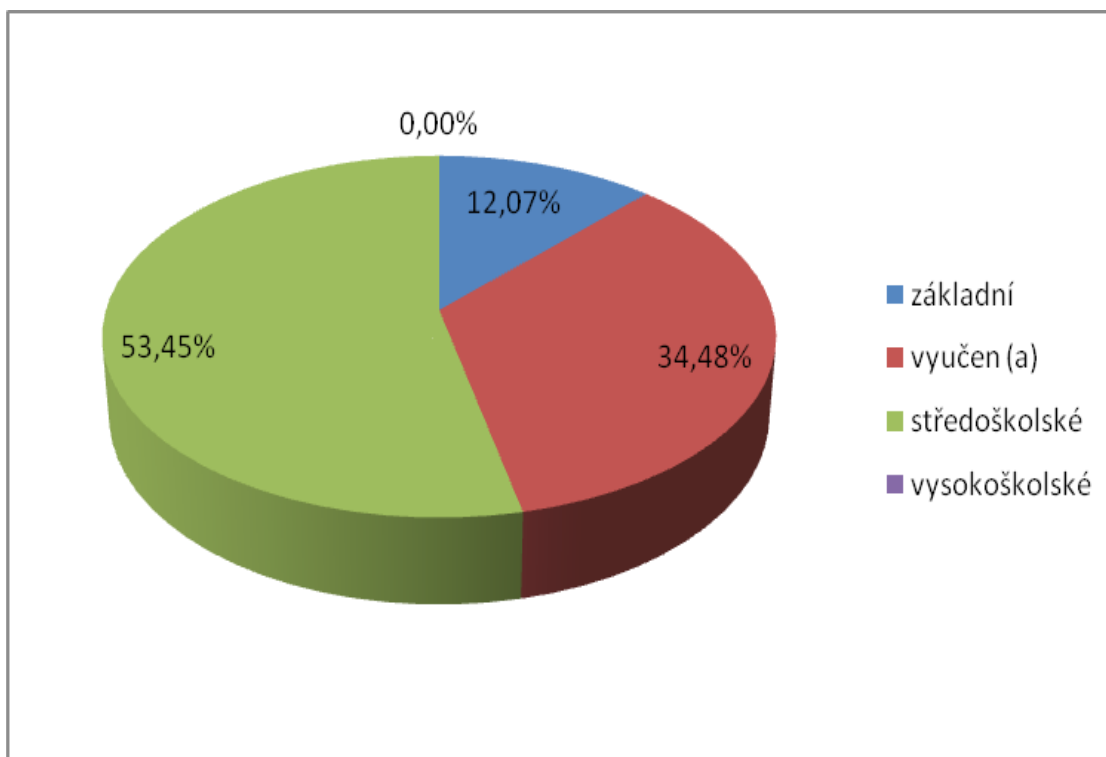
### Dotazníková položka č. 22: Vzdělání

Z celkového počtu 58 (100,00 %) respondentů udává 7 (12,07 %), že jeho nejvyšší dosažené vzdělání je základní, 20 (34,48 %) respondentů udává nejvyšší dosažené vzdělání vyučen (a), 31 (53,45 %) respondentů udává nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské a žádný (0,00 %) respondent neudává nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské.

Tabulka 22 – Vzdělání

	N	relativní četnost
základní	7	12,07 %
vyučen (a)	20	34,48 %
středoškolské	31	53,45 %
vysokoškolské	0	0,00 %
<b>Σ</b>	<b>58</b>	<b>100,00 %</b>

Graf 22 – Vzdělání



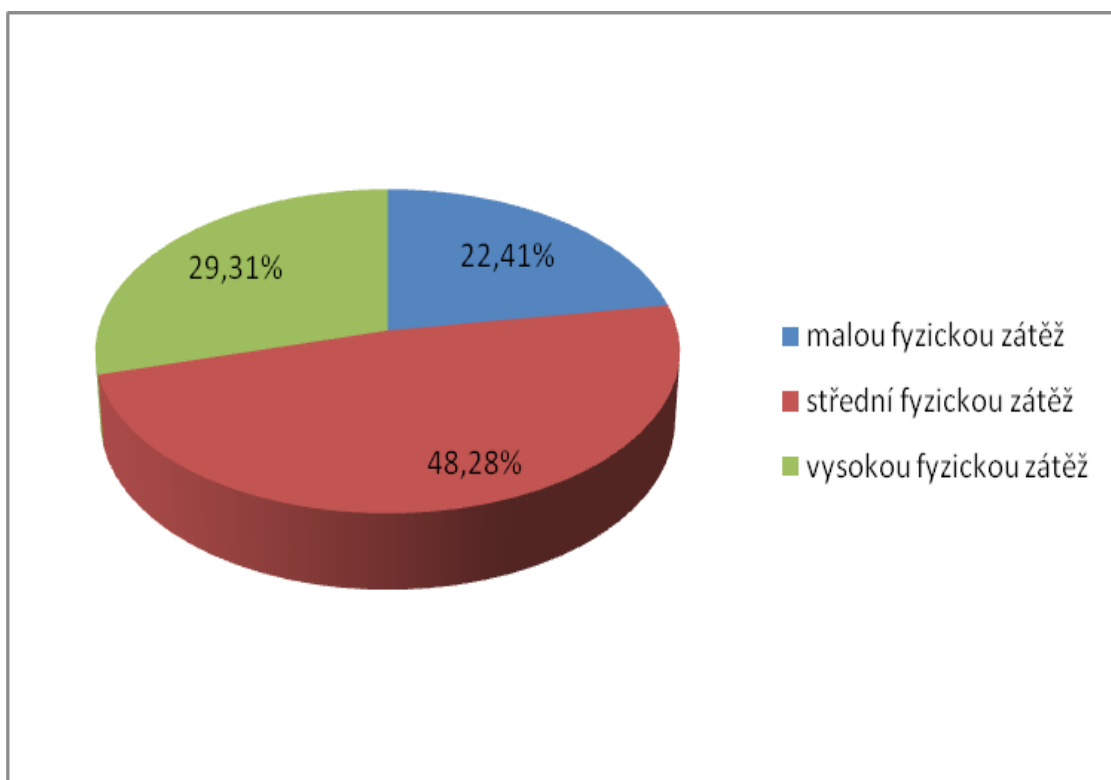
**Dotazníková položka č. 23: Vaše povolání představuje pro Vás**

Z celkového počtu 58 (100,00 %) respondentů udává 13 (22,41 %) respondentů, že pro ně jejich povolání představuje malou fyzickou zátěž, 28 (48,28 %) respondentů udává střední fyzickou zátěž a 17 (29,31 %) respondentů udává, že pro ně jejich povolání představuje vysokou fyzickou zátěž.

**Tabulka 23 - Vaše povolání představuje pro Vás**

	N	relativní četnost
malou fyzickou zátěž	13	22,41 %
střední fyzickou zátěž	28	48,28 %
vysokou fyzickou zátěž	17	29,31 %
<b>Σ</b>	<b>58</b>	<b>100,00 %</b>

**Graf 23 - Vaše povolání představuje pro Vás**



## DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na informovanost pacientů o režimu po náhradě kyčelního kloubu. Teoretická část se zabývá jaké jsou indikace k provedení operace TEP kyčelního kloubu a následnými komplikacemi a riziky. Podobné téma, které se touto problematikou zabývá, jsme zaznamenali v bakalářské práci Soni Ingrové „*Informovanost pacientů o perioperačním období u operace totální endoprotézy kyčelního kloubu*“, 2007 a Pavlína Prudíkové „*Ošetrovatelská péče při komplikacích po implantaci totální endoprotézy kyčle*“, 2006.

**Prvním cílem bylo zjistit informovanost pacientů o základních příčinách výměny kyčelního kloubu.**

Při hodnocení znalosti důvodů k provedení náhrady kyčelního kloubu bylo zjištěno, že pacienti udávají jako nejčastější indikaci artrózu 46 (39,65 %), jako další příčinu uvedlo 19 (16,37 %) respondentů bolest a 13 (11,21 %) respondentů označilo poškození kyčelního kloubu úrazem. Statistika uvádí, že 0,1 % osob v ČR má revmatoidní artritidu. Vzhledem k nízkému výskytu RA, je zajímavé, že jako důvod k výměně poškozeného kloubu v důsledku revmatického onemocnění uvedlo 5 (4,36 %) dotazovaných. Přesto, že se na ortopedické oddělení Nemocnice Přerov neprovádí náhrady kyčelního kloubu z důvodu nádorového onemocnění horního konce kyčelní kosti uvedli tento důvod 3 (2,57 %) respondenti.

**Druhým cílem bylo zjistit informovanost pacientů o režimových opatřeních výměny kyčelního kloubu.**

Náhradu kyčelního kloubu absolvovalo 37 (63,79 %) respondentů poprvé a 21 (36,21 %) opakovaně. Můžeme předpokládat, že třetina respondentů zásady režimu po operaci kyčelního kloubu znají. O typu operace bylo dostatečně informováno 52 (89,64 %) respondentů, 6 (10,36 %) dotazovaných uvedlo částečnou informovanost. Ve své bakalářské práci Soňa Ingrová (2007, online) uvádí informovanost respondentů o typu operace u 78 (78,00 %) respondentů zcela, 22 (22,00 %) částečně. V této položce lze konstatovat, že lékaři v Nemocnici Přerov dostatečně informují pacienty o typu operace. Tuto skutečnost potvrzuje i výzkumné

šetření, kde 52 (72,23 %) respondentů uvedlo, že informace o typu operace poskytl ortopedický lékař, 13 (18,05 %) respondentů uvedlo získání informací z časopisů, knih, televize a internetu, pouze 7 (9,72 %) respondentů dostali informace od svého praktického lékaře. Informace z jiných zdrojů neuvedl žádný respondent, což je překvapující vzhledem k tomu, že se pacienti setkávají na kontrolách na ortopedické ambulanci a sdělují si své poznatky. Podobné výsledky prezentuje i Soňa Ingrová (2007, online).

Náhrada kyčelního kloubu patří k nákladným operacím a proto je důležité, aby byl pacient před výkonem optimálně připraven. 24 (32,43 %) respondentům byla doporučena redukce hmotnosti, 39 (52,71 %) respondentům úprava domácnosti, 11 (14,85 %) respondentům nebyla doporučena žádná speciální předoperační příprava. Z dotazníkového šetření vyplývá, že pouze 33 (52,38 %) respondentům byly informace o režimu po náhradě kyčelního kloubu sděleny na ambulanci při stanovní termínu operace, 8 (12,69 %) uvedlo, že se informace o režimu dověděli v den příjmu k operaci a 18 (28,57 %) respondentů uvedlo poskytnutí informací na pokoji na ortopedickém oddělení. S těmito výsledky nemůžeme být spokojeni.

Co se týká znalosti předpokládané délky pobytu v nemocnici 54 (93,11 %) respondentů odpovědělo ano a pouze 4 (6,89 %) respondenti odpověděli, že délku pobytu neznali. Lze usuzovat, že se jednalo o pacienty, u kterých byla implantována náhrada z důvodu fraktury proximálního femoru. Ingrová (2007, online), uvádí ve své bakalářské práci pouze 69 (69 %) respondentů znajících očekávanou délku pobytu. V našem výzkumu můžeme být s dosaženými výsledky spokojeni.

Pro předcházení komplikací je důležité používat kompenzační pomůcky – FH, nástavec na WC, sedačku do vany, polštář mezi kolena a madla. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že pouze 14 (24,13 %) respondentů vybralo z uvedených možností pět správných pomůcek, které je nutno používat po náhradě kyčelního kloubu, což představuje 100,00 % správných odpovědí, 13 (22,41 %) respondentů napsalo čtyři správné pomůcky, které je nutno používat po náhradě kyčelního kloubu, 21 (36,21 %) respondentů napsalo tři správné pomůcky, 7 (12,08 %) respondentů napsalo dvě pomůcky a 3 (5,17 %) respondenti napsali pouze jednu správnou pomůcku. V této oblasti nebylo dosaženo optimálních výsledků.

Znalost kompenzačních pomůcek je důležitá, pouze sedačku do vany nemusí používat všichni respondenti, vzhledem k tomu, že mohou mít koupelnu vybavenou sprchovým koutem.

V dotazníkovém šetření byly také kladeny dotazy na zásady pohybového režimu. Z 58 (100,00 %) položek týkajících se zásad pohybového režimu nutných dodržovat po operaci 16 (27,59 %) respondentů vybralo z uvedených možností čtyři správné zásady pohybového režimu, což představuje 100,00 % správných odpovědí, 24 (41,38 %) respondentů vybralo z uvedených možností tři zásady, 13 (22,41 %) respondentů vybralo z uvedených možností dvě správné zásady pohybového režimu a 5 (8,62 %) respondentů určilo z uvedených možností pouze jednu správnou zásadu pohybového režimu. Zde je potřeba uvést, že se jedná o všeobecně doporučované zásady. U některých pacientů si pohybový režim určuje sám operátor a dovolí i zásady, které jsou zakázány, např. plný nášlap na operovanou končetinu, hluboký dřep.

Nečekané zjištění bylo při hodnocení znalosti správného postupu při chůzi po rovině, kdy pouze 38 (65,52 %) dotazovaných uvedlo správný postup. Ve své práci autorka Prudíková uvádí výborné výsledky - 64 respondentů (91,4 %) uvedlo správný postup při chůzi po rovině. S našimi výsledky nemůžeme být spokojeni. Tyto nedostatky je potřeba odstranit a více navázat spolupráci s fyzioterapeuty.

### **Třetím cílem bylo zjistit vědomostí pacientů o komplikacích a jejich prevenci po výměně kyčelního kloubu.**

Se znalostmi respondentů týkajících se komplikací po operaci kyčelního kloubu můžeme být spokojeni. Ze 140 (100,00 %) položek týkajících se komplikací po operaci kyčelního kloubu uvedlo 50 (35,72 %) respondentů vykloubení endoprotézy, 5 (3,57 %) respondentů uvedlo horečku, 31 (22,14 %) respondentů uvedlo jako pooperační komplikaci infekci, 19 (13,57 %) respondentů uvedlo bolest, 27 (19,29 %) respondentů uvedlo embolii a 8 (5,71 %) respondentů uvedlo opotřebení endoprotézy.

Další položky v dotazníku se zabývali znalostmi respondentů o příčinách způsobujících infekci a postup při podezření na známky infekce, vznik a prevence embolie a co je příčinou vykloubení endoprotézy. Na základě zjištěných výsledků, lze konstatovat, že soubor respondentů vykazuje velmi dobré znalosti v této problematice.

Informovanost pacientů v oblasti ošetrovatelské péče je jedním z indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Na dotaz, který mapoval ochotu zdravotnického personálu odpovídat na případné otázky vyslovalo 44 (75,86 %) respondentů, že zdravotnický personál odpovídal ochotně na jejich otázky vždy, 11 (18,97 %) respondentům odpovídal zdravotnický personál ve většině případů ochotně na jejich otázky, 3 (5,17 %) respondenti uvedli, že personál odpovídal ochotně na jejich otázky pouze někdy. Nikdo z dotázaných (0,00 %) neuvedl, že by zdravotnický personál nebyl ochoten odpovídat na případné otázky. Výsledky v této oblasti hodnotíme jako velmi uspokojivé.

Potěšujícím zjištěním pro nás bylo, že na otázku, zda byl výuce věnován dostatek času odpovědělo z celkového počtu 58 (100,00 %) respondentů 47 (81,03 %) ano, žádný (0,00 %) respondent neuvedl ne a 11 (18,97 %) respondentů neumělo posoudit, zda byl věnován výuce dostatek času.

Bezesporu zajímavé jsou odpovědi respondentů na otázku, zda považují za nutné dodržovat pokyny a doporučení od sestry a lékaře. Všechny 58 (100,00 %) oslovených respondentů odpovědělo ano. Stejně hodnoty uvádí ve své práci i autorka Prudíková (2009, online), všech 70 respondentů (100 %) uvedlo, že je nezbytné dodržovat rady od zdravotníků. Přesto si myslíme, že je nutné vědomosti a dovednosti našich pacientů neustále upevňovat a rozvíjet.



## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali otázkou informovanosti pacientů o režimu po náhradě kyčelního kloubu.

**Prvním cílem bylo zjistit informovanost pacientů o základních příčinách výměny kyčelního kloubu.**

Výsledek tohoto šetření je prezentován v tabulce a grafu 1. Respondenti prokázali dostatečné znalosti. Ze 116 (100,00 %) položek týkajících se důvodů k provedení náhrady kyčelního kloubu uvedlo 6 (5,17 %) respondentů věk, artrózu kyčelního kloubu uvedlo 46 (39,65 %) respondentů, nedostatek pohybové aktivity označilo 8 (6,89 %) respondentů, poškození kyčelního kloubu úrazem označilo 13 (11,21 %) respondentů, obezitu uvedlo 6 (5,17 %) respondentů, poškození kyčelního kloubu v důsledku revmatického onemocnění 5 (4,36 %) respondentů, dědičnost 6 (5,17 %) respondentů, nádorové onemocnění stehenní kosti 4 (3,44 %) respondenti, mužské pohlaví 3 (2,57 %) respondenti a bolest 19 (16,37 %) respondentů. Na základě těchto údajů lze konstatovat, že cíl **1 byl splněn**.

**Druhým cílem bylo zjistit informovanost pacientů o režimových opatřeních výměny kyčelního kloubu.**

Výsledky tohoto šetření jsou prezentovány v tabulkách a grafech 2 – 10. Bylo zjištěno, že 37 (63,79 %) respondentů absolvovalo náhradu kyčelního kloubu poprvé a 21 (36,21 %) opakovaně. Dostatečné informace o typu operace mělo 52 (89,64 %) respondentů, 6 (10,36 %) dotazovaných uvedlo částečnou informovanost. Z celkového počtu položek 78 (100,00 %) vyplývá, že 52 (72,23 %) respondentů uvedlo, že informace o typu operace poskytl ortopedický lékař. Předpokládanou délku pobytu v nemocnici znalo 54 (93,11 %) respondentů. Výsledky prokázaných znalostí můžeme hodnotit jako uspokojivé.

Co se týká znalostí pacientů o kompenzačních pomůckách, zásad pohybového režimu a správného postupu při chůzi po rovině se ukázaly nedostatečné. I přes tohle zjištění lze konstatovat, že cíl **2 byl splněn**.

**Třetím cílem bylo zjistit vědomostí pacientů o komplikacích a jejich prevenci po výměně kyčelního kloubu.**

Výsledky tohoto šetření jsou prezentovány v tabulkách a grafech 11 – 16. Vědomosti pacientů v této oblasti jsou na velmi dobré úrovni. Lze tedy konstatovat, že **cíl 3 byl splněn.**

V České republice je ročně implantováno více než 10 000 totálních endoprotéz kyčelního kloubu, s očekávaným stárnutím populace se toto číslo bude jistě zvyšovat. Na ortopedickém oddělení Nemocnice Přerov bylo v loňském roce provedeno 186 TEP kyčelního kloubu. Dostatek informací a spolupráce ze strany pacienta se podílí na úspěšném léčebném režimu a snížení výskytu komplikací. Je potřeba důslednější informovanosti pacientů. Ze zjištěných výsledků bakalářské práce vyplývá, že je deficit v určitých oblastech informovanosti pacientů o režimu po náhradě kyčelního kloubu. Proto navrhuje pro praxi tato opatření:

- ustanovení edukační skupiny ve složení fyzioterapeut a všeobecná sestra
- vytvoření edukačního materiálu – film, brožury, ilustrované letáky
- začátek edukace již v předoperačním období – praktický nácvik chůze o berlích bez zatížení operované končetiny, zásady při pohybu na lůžku a mimo lůžka, nácvik izometrických cviků k posílení svalstva

Naše péče nekončí propuštěním pacienta domů, ale na hospitalizaci ihned navazuje pobyt v Rehabilitačním ústavu Jevíčko. Každý pacient je dále v kontaktu se svým operátorem, který si zve pacienty ve stanovených termínech na pravidelné kontroly. Novinkou našeho oddělení je setkání pacientů a kolektivu ortopedického oddělení, které se poprvé uskuteční v květnu 2011. Na toto setkání budou pozváni nejen pacienti před operací, ale již odoperovaní pacienti, personál centrálních operačních sálů a fyzioterapeuti. Doufáme, že toto setkání nebude poslední, ale stane se tradicí a přínosem pro naše pacienty.

## LITERATURA A PRAMENY

DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8.

ČECH, Oldřich, DŽUPA, Valér. *Revizní operace náhrad kyčelního kloubu*. 1.vyd. Praha: Galén, 2004. 234 s. ISBN 80-7262-269-2.

HALÁSOVÁ, Marie, PANOŠOVÁ, Věra. Život po endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra*. ISSN 1210-0404. 2010. roč. 20, s. 65 – 67.

INGROVÁ, Soňa. *Informovanost pacientů o perioperačním období u operace totální endoprotézy kyčelního kloubu*. Bakalářská práce [online]. [Cit. 10-02-26,14:30].

Dostupný z: [http://is.muni.cz/th/101119/lf\\_b/BAKALARSKA\\_PRACE.doc](http://is.muni.cz/th/101119/lf_b/BAKALARSKA_PRACE.doc)

IVANOVÁ, Kateřina, JURÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. dotisk 2. vyd. (první vydání vyšlo v roce 2005).

Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2.

JANÍČEK, Pavel, a kol. *Ortopedie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 124 s. ISBN 80-210-2535-2.

POKORNÝ, Vladimír, a kol. *Traumatologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 307 s. ISBN 80-7254-277-X.

PRUDÍKOVÁ, Pavlína. *Ošetrovatelská péče při komplikacích po implantaci totální endoprotézy kyčle*. Bakalářská práce [online]. [Cit. 10-03-26,17:30].

Dostupný z: [http://is.muni.cz/th/101042/lf\\_b/Bakalarska\\_prace\\_-\\_cela.pdf](http://is.muni.cz/th/101042/lf_b/Bakalarska_prace_-_cela.pdf)

PŘIKRYL, Pavel, SELUCKÝ, Jiří, FIALOVÁ, Jana. Péče o pacienta po kloubní náhradě kyčle. *Medicína pro praxi*. ISSN 1214-8687. 2009. roč. 6, s.167 – 168.

SOSNA, Antonín, VAVŘÍK, Pavel, KRBEC, Martin, POKORNÝ, David, a kol. *Základy ortopedie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.

SOSNA, Antonín, POKORNÝ, David, JAHODA David. *Náhrada kyčelního kloubu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 58 s. ISBN 80-7254-302-4.

ŘEHÁK, Kamil. *Vývoj endoprotéz*. Bakalářská práce [online]. [Cit. 10-03-20,19:00]. Dostupný z: [http://www.vutbr.cz/www\\_base/zav\\_prace\\_soubor\\_verejne.php?file\\_id=5856](http://www.vutbr.cz/www_base/zav_prace_soubor_verejne.php?file_id=5856)

VOKURKA, Martin, HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny*. 8. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2007. 518 s. ISBN 978-80-7345-123-3.

## SEZNAM ZKRATEK

a.	artérie
aj.	a jiné
C	cervikální
č.	číslo
ČR	Česká republika
DK	dolní končetina
DKK	dolní končetiny
FH	francouzské hole
IKTEP	infekční komplikace totální endoprotézy
L	lumbální
n.	nerv
např.	například
PE	polyetylén
RA	revmatoidní artritida
S	sakrální
s.	strana
TEP	totální endoprotéza
v.	véna
VDK	vrozená vývojová vada

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Důvody náhrady kyčelního kloubu	s. 21
Tabulka 2 – Tento druh operace jste absolvoval(a)	s. 23
Tabulka 3 – Informovanost o jakou operaci se jedná	s. 24
Tabulka 4 – Informace o typu operace poskytl	s. 25
Tabulka 5 – Doporučena speciální předoperační příprava	s. 26
Tabulka 6 – Informace o režimu byly sděleny	s. 27
Tabulka 7 – Seznámení s délkou pobytu v nemocnici	s. 28
Tabulka 8 – Znalost pomůcek	s. 29
Tabulka 9 – Znalost zásad pohybového režimu po TEP kyčelního kloubu	s. 30
Tabulka 10 – Správný postup při chůzi po rovině	s. 31
Tabulka 11– Nejzávažnější komplikace po operaci kyčelního kloubu	s. 32
Tabulka 12 – Příčina, která může způsobit infekci	s. 33
Tabulka 13 – Embolii může způsobit	s. 34
Tabulka 14 – Vykloubení endoprotézy může způsobit	s. 35
Tabulka 15 – Postup při podezření na známky infekce	s. 36
Tabulka 16 – Prevence embolie	s. 37
Tabulka 17 – Zdravotnický personál odpovídal ochotně na Vaše otázky	s. 38
Tabulka 18 – Výuce byl věnován dostatek času	s. 39
Tabulka 19 – Pokyny a doporučení je nutno dodržovat	s. 40
Tabulka 20 – Pohlaví	s. 41
Tabulka 21 – Věk	s. 42
Tabulka 22 – Vzdělání	s. 43
Tabulka 23 – Vaše povolání pro Vás představuje	s. 44

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Důvody náhrady kyčelního kloubu	s. 22
Graf 2 - Tento druh operace jste absolvoval(a)	s. 23
Graf 3 – Informovanost o jakou operaci se jedná	s. 24
Graf 4– Informace o typu operace poskytl	s. 25
Graf 5 - Doporučena speciální předoperační příprava	s. 26
Graf 6 - Informace o režimu byly sděleny	s. 27
Graf 7 - Seznámení s délkou pobytu v nemocnici	s. 28
Graf 8 - Znalost pomůcek	s. 29
Graf 9 - Znalost zásad pohybového režimu po TEP kyčelního kloubu	s. 30
Graf 10 - Správný postup při chůzi po rovině	s. 31
Graf 11 - Nejzávažnější komplikace po operaci kyčelního kloubu	s. 32
Graf 12 - Příčina, která může způsobit infekci	s. 33
Graf 13 - Embolii může způsobit	s. 34
Graf 14 - Vykloubení endoprotézy může způsobit	s. 35
Graf 15 - Postup při podezření na známky infekce	s. 36
Graf 16 - Prevence embolie	s. 37
Graf 17 - Zdravotnický personál odpovídal ochotně na Vaše otázky	s. 38
Graf 18 - Výuce byl věnován dostatek času	s. 39
Graf 19 - Pokyny a doporučení je nutno dodržovat	s. 40
Graf 20 - Pohlaví	s. 41
Graf 21 - Věk	s. 42
Graf 22 - Vzdělání	s. 43
Graf 23 - Vaše povolání představuje pro Vás	s. 44

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 – Žádost o povolení výzkumného šetření

Příloha 2 - Dotazník



## Příloha č. 2 - Dotazník

**Vážená paní, vážený pane,**

jmenuji se Klára Borková a jsem studentka 4. ročníku kombinované formy bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Dovoluji si Vás požádat o pravdivé vyplnění následujícího dotazníku. Vámi uvedené údaje budou použity v mé bakalářské práci zpracované na téma „Informovanost pacientů o režimu po náhradě kyčelního kloubu“.

Vámi vybranou odpověď zakroužkujte, u otázek s řádky, svou odpověď, prosím, dopište. Vyplnění dotazníku nepřesahuje 20 minut. Tento dotazník je zcela anonymní a odpovědi v něm jsou považovány za důvěrné.

Předem za vyplnění dotazníku děkuji.

Klára Borková

▪

Vysvětlivky:

embolie - je vmetení, zaklínění vmetku (embolu) v cévách vedoucí k jejich ucpání a následné nedokrevnosti příslušné části těla (mozek, plíce, končetina).

imobilizace - krátkodobé nebo dlouhodobé znehybnění

▪

1. Důvody k provedení náhrady kyčelního kloubu endoprotézou jsou (je možno vybrat více možností):

a/ věk

**b/ artróza kyčelního kloubu**

c/ nedostatek pohybové aktivity

**d/ poškození kyčelního kloubu úrazem**

e/ obezita

**f/ poškození kyčelního kloubu v důsledku revmatického poškození**

g/ dědičnost

h/ nádorové onemocnění horního konce stehenní kosti

i/ mužské pohlaví

j/ bolest

2. Náhradu kyčelního kloubu endoprotézou jste absolvoval (a)

a/ poprvé

b/ opakovaně (již máte jeden umělý kyčelní kloub nebo šlo o výměnu umělého kyčelního kloubu)

3. Byl (a) jste informován (a) o jakou operaci se jedná?

a/ ano, dostatečně

b/ ano, částečně

c/ ne

4. Pokud jste v ot. č. 3 odpověděl(a)“ ano“, kdo Vám informace poskytl?

(může být více odpovědí)

a/ ortoped

b/ praktický lékař

c/ časopisy, knihy, televize, internet

d/ jiný zdroj, uveďte jaký.....

5. Byla Vám doporučena speciální předoperační příprava?

a/ redukce hmotnosti

b/ úprava domácnosti ( např.: madla na toaletě, zvýšená toaleta...)

c/ jiné, uveďte jaké.....

d/ nebyla doporučena

6. Kde Vám byly informace o režimu po náhradě kyčelního kloubu sděleny?

a/ v ambulanci při stanovení termínu nástupu k operaci

b/ v ambulanci při příjmu k operaci

c/ na pokoji na ortopedickém oddělení

d/ na jednotce intenzivní péče

e/ jinde (uveďte prosím kde).....

f/ nepamatuji se

7. Znal(a) jste očekávanou délku pobytu v nemocnici?

a/ ano

b/ ne

8. Napište všechny pomůcky, které je potřeba užívat po náhradě kyčelního kloubu

.....

.....

.....

9. Znáte jaké zásady pohybového režimu je po operaci nutno dodržovat? (je možno vybrat více možností)

a/ povolen plný nášlap na operovanou končetinu

b/ chůze o francouzských holích

c/ při otáčení na lůžku, vždy mít mezi kolena polštář

d/ povolen sed do nízkého křesla

e/ neotáčet prudce trupem

f/ v žádné poloze (ve stoje, vleže, vsedě) nedávat nohu přes nohu

e/ provádět hluboký předklon

10. Jaký je správný postup při chůzi po rovině?

a/ operovaná dolní končetina

obě berle

zdravá dolní končetina

b/ zdravá dolní končetina

obě berle

operovaná dolní končetina

c/ obě berle

operovaná dolní končetina

zdravá dolní končetina

d/ nebyl (a) jsem poučen (a)

11. Jaké jsou nejzávažnější komplikace po operaci kyčelního kloubu? (je možno vybrat více možností)

a/ vykloubení endoprotézy

b/ horečka

c/ infekce

d/ bolest

e/ embolie

f/ opotřebenění endoprotézy

12. Která z uvedených příčin může způsobit infekci?

a/ nedodržení pohybového režimu

b/ infekční ložisko v těle (infekce močových cest, zubní váček, gynekologická infekce)

c/ diabetes mellitus

d/ kouření

13. Embolii může způsobit:

a/ diabetes mellitus

b/ kouření

c/ imobilizace, nedostatek pohybu

d/ bandážování dolních končetin

14. Vykloubení endoprotézy může způsobit:

- a/ infekční onemocnění
- b/ nedostatek pohybové aktivity
- c/ polštář mezi koleny
- d/ sed do nízkého křesla

15. Jaký je správný postup při podezření na známky infekce?

- a/ začít užívat Paralen
- b/ navštívit ihned praktického lékaře nebo svého ortopeda
- c/ omezení pohybu
- d/ zvýšit příjem tekutin

16. Znáte jaká je prevence embolie?

- a/ bandážování dolních končetin
- b/ dostatek odpočinku, málo pohybu
- c/ polštář mezi koleny
- d/ užívání Anopyrinu

17. Byl zdravotnický personál ochoten odpovídat na Vaše případné otázky?

- a/ vždy
- b/ ve většině případů
- c/ pouze někdy
- d/ nebyl ochoten

18. Myslíte si, že výuce byl věnován dostatek času?

a/ ano

b/ ne

c/ neumím posoudit

19. Považujete za nutné dodržovat pokyny a doporučení, které jste dostal (a) od sestry a lékaře?

a/ ano

b/ spíše ano

c/ ne

d/ spíše ne

20. Jaké je Vaše pohlaví:

a/ muž

b/ žena

21. Jaký je Váš věk:

a/ do 50 let

b/ 51-60 let

c/ 61-70 let

d/ 71-80 let

e/ 81 let a více

22. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

a/ základní

b/ vyučen (a)

c/ středoškolské

d/ vysokoškolské

23. Vaše povolání (pokud jste důchodce, tak dřívější) představuje pro vás:

a/ malou fyzickou zátěž

b/ střední fyzickou zátěž

c/ vysokou fyzickou zátěž