

Edukace u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu

Monika Matušková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetřovatelství
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika MATUŠKOVÁ**

Osobní číslo: **H080283**

Studijní program: **B 5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Edukace u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu.**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části seznámit odbornou veřejnost s problematikou totální endoprotézy kyčelního kloubu, vymezit pojem edukace, seznámit s procesem edukace, zjistit, jak se provádí edukace na zvoleném pracovišti, na kterém bude probíhat průzkumné šetření. V praktické části stanovit cíle, sestavit metodiku, organizaci šetření, sběr dat. Statisticky zpracovat data, vyvodit závěr. V diskuzi seznámit s výsledky průzkumného šetření, navrhnout případná opatření.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DUNGL, Pavel, et al. Ortopedie. 2005. Praha: Grada Publishing, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8.

FARKAŠOVÁ, Dana, et al. Výzkum v ošetrovatelství. 2006. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 2010. Praha: Grada Publishing, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

MAGUROVÁ, Dagmar; MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve. 2009. Martin: Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.

MATOUŠ, Miloš; MATOUŠOVÁ, Miluše; KUČERA, Miroslav. Život s endoprotézou kyčelního kloubu. 2005. Praha: Grada Publishing, 2005. 96 s. ISBN 80-247-0886-8.

SOSNA, Antonín; POKORNÝ, David; JAHODA, David. Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření. 2003. Praha: Triton, 2003. 58 s. ISBN 80-7254-302-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Pavla Kudlová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

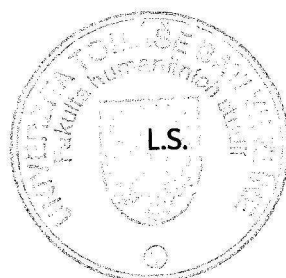
10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 16.5.2011

Maluška

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je edukace pacientů s totální endoprotézou (TEP) kyčelního kloubu. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část seznamuje s problematikou totální endoprotézy kyčelního kloubu. Zabývá se edukací v tomto směru a edukačním procesem po TEP kyčelního kloubu.

Praktická část určuje hlavní cíle bakalářské práce, ze kterých je sestaven kvantitativní dotazník pro pacienty ortopedického oddělení. Vyhodnocení je statisticky zpracováno do tabulek a grafů.

Klíčová slova:

kyčelní kloub, totální endoprotéza, pacient, edukace, edukační proces

ABSTRACT

The theme of my work is the education of patients with total joint replacement (THR), hip joint. The work is divided into the theoretical and the practical parts. The theoretical part presents the problems of total hip arthroplasty. It deals with education in this field and education process of the THR of the hip joint.

The practical part identifies the main objectives of the thesis, which consists of a quantitative questionnaire for an orthopedic department patients. The evaluation is statistically processed into tables and graphs.

Keywords:

the hip joint, total joint replacement, patient, education, educational process

Děkuji Mgr. Bc. Pavle Kudlové, PhD., za trpělivost, odborné rady a připomínky, které mi poskytla při vedení mé bakalářské práce. Zároveň děkuji Martinu Kuželovi za pomoc při zpracování průzkumného šetření. Děkuji své rodině za podporu při studiu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
1. ORTOPEDIE	12
1.1 KYČELNÍ KLOUB	12
1.2 KINEMATIKA	12
1.3 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU	13
1.3.1 TYPY ENDOPROTÉZ KYČELNÍHO KLOUBU	13
1.3.2 DŮVODY K PROVEDENÍ NÁHRADY KYČELNÍHO KLOUBU ENDOPROTÉZOU	15
1.3.3 KONTRAINDIKACE K IMPLANTACI KYČELNÍHO KLOUBU	16
1.3.4 KOMPLIKACE TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU	16
2. EDUKACE	19
2.1 ZÁKLADNÍ PREMISY EDUKACE.....	20
2.2 PRÁVNÍ NORMY EDUKACE PACIENTŮ V ČR.....	21
2.3 EDUKACE PACIENTA S TEP KYČELNÍHO KLOUBU	22
2.3.1 EDUKACE PACIENTA PŘED VÝKONEM.....	22
2.3.2 EDUKACE PACIENTA PO VÝKONU	24
2.4 EDUKAČNÍ PROCES PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU	25
PRAKTICKÁ ČÁST	27
FORMULACE PROBLÉMU.....	27
CÍLE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	28
METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	29
CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	29
ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	30
ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	31
VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA	32
DISKUSE	65
ZAVĚR.....	74
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	77
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	80
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	81
SEZNAM TABULEK	83
SEZNAM PŘÍLOH	85

ÚVOD

Totální endoprotéza kyčelního kloubu (dále TEP) je jednou z nejrozšířenějších a nejučinnějších operačních metod v ortopedii. Pacientům navrácí zpět soběstačnost, život bez bolesti a výrazného pohybového omezení. Úspěšnost návratu závisí především na pacientovi samotném, na jeho aktivním přístupu a jeho schopnosti překonat dočasné potíže.

Aby TEP kyčelního kloubu proběhla bez zbytečných komplikací a byla opravdu razantním přínosem do kvality života pacienta, musí příprava, edukace, operace a doléčení splňovat poměrně přísná kritéria. Každé ortopedické pracoviště má svá specifika, obecná pravidla jsou však jasně stanovená. Správná příprava pacienta k operaci, úspěšně provedená implantace kloubní náhrady a následné kvalitní doléčení navrácí pacientovi téměř plné zdraví pohybového aparátu a dovoluje mu plnohodnotný život. V České republice je ročně naimplantováno přes 10 000 totálních endoprotéz kyčle (Přikryl, 2009, s. 167).

Edukace je důležitou a nezastupitelnou součástí léčby a ošetrovatelského procesu. Pojem edukace v sobě nese učení, výchovu, vzdělávací proces, předání informací, výuku nových návyků. Dobře edukovaný pacient má lepší předpoklad uzdravit se, získat zpět soběstačnost, vědět více o možných komplikacích a pooperačním léčebném režimu, také o prevenci a upevnění zdraví. Dobrá, efektivní a kvalitní edukace tvoří základ předcházení problémům a komplikacím, patří mezi nejdůležitější aktivity nejen sestry, ale i celého zdravotnického týmu a podílí se nejen na příznivém průběhu léčby, ale i na posílení zdravotního uvědomění pacientů. Edukace jako proces výchovy a vzdělávání musí být individuální a jednoduchá na úrovni pochopení pacienta.

Pro téma edukace u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu jsem se rozhodla záměrně. Pracuji na oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti, mimo jiné, i s touto diagnózou. Edukace zde hraje významnou roli jak v předoperačním tak pooperačním období. Za tímto účelem byl formulován problém: „Jsou pacienti přijatí na ortopedické oddělení v Nemocnici Přerov za účelem totální endoprotézy kyčelního kloubu dostatečně informováni o pooperační péči a možných komplikacích?“

Za tímto účelem byly stanoveny tři cíle:

- 1) Zjistit, jaké mají pacienti s TEP kyčelního kloubu vědomosti o pooperačním léčebném režimu.
- 2) Zjistit u pacientů vědomosti o komplikacích, které mohou po TEP kyčle vzniknout, jak jim předcházet a jejich možné prevenci.
- 3) Zmapovat komponenty edukační lekce, které jsou k edukaci využívány.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ORTOPEDIE

Ortopedie je samostatný chirurgický obor, který se vyčlenil z všeobecné chirurgie. Zabývá se nemocemi pohybového ústrojí vrozenými a získanými deformitami, funkčními onemocněními a poraněními podpůrného a pohybového aparátu, jejich léčbou, prevencí a rehabilitací. Kromě léčby je v ortopedii významná zejména prevence, tedy zabránění vzniku onemocnění a deformit pohybového aparátu (Dungl, 2005, s. 25—26).

1.1 Kyčelní kloub

V ortopedii představuje kyčel mimořádně exponovanou krajinu, doslova „královský kloub“ (Bartoníček, 2004, s. 146).

Každý kloub se skládá ze spojovacích kostí, které tvoří kloubní hlavici a jamku, kloubní pouzdro a nitrokloubní chrupavčité destičky. Kloubní pouzdro je složeno z vrstvy vazivové a synoviální. Vazivová vrstva tvoří pevný obal kloubu a synoviální vrstva vystýlá kloubní dutinu. V synoviální vrstvě jsou přítomny buňky, které produkují tekutinu, zajišťující zvlhčení třecích ploch kloubních konců. Tekutina zároveň vyživuje kloubní chrupavku. Kloubní pouzdro je bohatě inervované, proto při poškození bolí. Kloubní konce jsou kryty pružnou, sklovitě hladkou hyalinní chrupavkou, která se při poškození neobnovuje. V kloubní chrupavce jsou otvory, kterými je vtačována a vytlačována synoviální tekutina. Prostup této tekutiny hraje důležitou roli a chování chrupavky při jakékoliv deformaci je určováno stupněm její nasycenosti synoviální tekutinou (Dylevský, 2009, s. 91—94).

Kyčelní kloub je jednoduchý kulový kloub omezený (enarthrosis). Skelet kyčelního kloubu tvoří centrální část kosti pánevní nazývaná acetabulum a proximální konec kosti stehenní zakončený hlavicí femuru (Bartoníček, 2004, s. 146).

Kyčelní kloub (art. coxae) spojuje stehenní kost s pletencem dolní končetiny. Tento významný kloub dolní končetiny se podílí na zajištění pohybu celého těla, včetně jeho stabilizace v prostoru. Anatomický tvar kyčelního kloubu, jeho vazivový aparát, kloubní pouzdro a vazy umožňují plnit tuto funkci (Bartoníček, 2004, s. 146).

1.2 Kinematika

Pohyb v kyčelním kloubu je dán jeho tvarovou úpravou artikulujících kostí, mohutností a průběhem vazů pouzdra.

Pohyby v kyčelním kloubu:

- flexe asi do 120° zvětšuje se při současné abdukci,
- extenze jen asi do 13°,
- abdukce do 40° zvětšuje se při současné flexi,
- addukce do 10°,
- zevní rotace do 15° a vnitřní rotaci do 35° rotace oběma směry se zvětšuje při současné flexi v kyčelním kloubu (Dylevský, 2009, s. 184).

1.3 Totální endoprotéza kyčelního kloubu

Totální endoprotéza kyčelního kloubu je v dnešní době osvědčenou a dlouhodobě vyzkoušenou metodou chirurgického léčení nemocí a úrazů kyčelního kloubu. Endoprotéza je umělá náhrada postiženého kloubu, skládající se ze dvou funkčních částí. Jedna, která nahrazuje kloubní jamku a druhá hlavici kosti stehenní (femorální dřík). Dohromady tvoří kloub, který je spojen spolu pouze tlakem a tahem svalstva a okolních tkání (Dungl, 2005).

„Možnost provedení náhrady poškozeného kyčelního kloubu endoprotézou znamená pro milióny lidí na celém světě často jedinou cestu zpět do normálního života bez bolesti a bez výrazného pohybového omezení“ (Sosna, 2003, s. 9).

1.3.1 Typy endoprotéz kyčelního kloubu

Pro náhradu kyčelního kloubu může být použita tzv. endoprotéza cervikokapitální, zde je nahrazena pouze hlavice kosti stehenní, nebo endoprotéza totální, kde můžeme nahradit endoprotézou jak hlavici, tak kloubní jamku.

TEP kyčelního kloubu v zásadě rozdělujeme podle typu ukotvení do kosti na cementované (obě komponenty jsou fixovány kostním cementem), necementované (komponenty jsou fixovány do kosti bez cementové mezivrstvy), a endoprotézy hybridní, kde je každá z komponent fixována jinou technikou (Dungl, 2005, s. 922).

1) Totální endoprotézy cementované

Jde o totální kloubní náhradu, kdy jamka a femorální dřík s hlavicí je do kosti fixován pomocí kostního cementu. Standardním postupem je polyetylenová jamka, která je do upraveného acetabula, zbaveného poškozené kloubní chrupavky a marginálních osteofyt, upevněna kostním cementem, a kovový dřík s kovovou hlavičkou o průměru 28 nebo 32 mm. Můžeme použít i kombinaci keramické hlavičky a polyetylenu, která vykazuje nižší otěr polyetylenu (Sosna, 2003, s. 11).

2) Totální endoprotézy necementované

Jsou endoprotézy, které není zapotřebí fixovat do kostního lůžka kostním cementem. Ukotvení je zajištěno tvarem a speciální úpravou jejich povrchu, která po určité době zajistí pevnou adhezi ke kostnímu lůžku. Princip ukotvení spočívá ve vrůstání kosti do pórů povrchu endoprotézy, nástřík hydroxyapatitem (Sosna, 2003, s. 11).

3) Totální endoprotézy hybridní

Jde o kombinaci cementovaného femorálního dříku a některého typu necementované jamky (press fit jamka, rozpínací jamka, šroubovací jamka), která by měla umožnit výměnu opotřebované artikulační vložky jamky. Tento typ nachází uplatnění stále častěji (Širůčková, 2010, s. 60).

4) Hip resurfacing

Jedná se o operační metodu, kdy implantát dává svou konstrukcí předpoklad lepšího funkčního výsledku. Případné mechanické uvolnění se může vyřešit implantací klasické endoprotézy. Tato metoda, vhodně indikovaná a kvalitně provedená, navrácí klienta do plnohodnotného aktivního života. Konstrukce implantátu se snaží maximálně přiblížit zdravému kyčelnímu kloubu, jak anatomicky tak biomechanicky. Tento typ operační metody nachází uplatnění stále častěji. Indikací k tomuto výkonu jsou jednak klienti, u kterých nejsou velké anatomické změny v oblasti kyčelního kloubu, ale také klienti, u nichž je vzhledem k věku a úrovni pohybové aktivity implantace dříkové náhrady problematická nebo je zde pravděpodobnost předčasného mechanického selhání (Širůčková, 2010, s. 60).

5) Nejnovější trendy

Jedná se o unikátní postup operace, při kterém je využíván nový, operační postup bez rizika poškození svalů nebo jejich úponů. Podstatou je malá operační rána, minimum nežádoucích účinků a poskytnutí co nevyššího komfortu pacientovi. Operatér může využít kombinaci operační techniky s počítačem. Tehdy hovoříme o počítačově asistované chirurgii. I při minimální operační ráně má operatér přehled o celé operované oblasti a přístupových cestách.

I když není miniinvazivní náhrada kyčelního kloubu určena pro všechny nemocné, operatéry a pracoviště, tak by měla být v repertoáru těch pracovišť, která se endoprotetikou ve větší míře zabývají. O přínosu miniinvazivní metody při krátkodobém hodnocení svědčí, minimální poškození tkání, což znamená pro pacienta výrazně menší bolestivost, malý otok, menší krevní ztráty, snížené riziko infekce a tím i časnou mobilizaci následující den po operaci, ekonomicky nejvýznamnější je zkrácení doby hospitalizace a rychlejší návrat do normálního života. Je nutné si uvědomit, že výsledky u endoprotéz je třeba hodnotit z dlouhodobého hlediska. Definitivně však můžeme mluvit o přínosu až za 15—20 let (Stehlík, 2005, s. 11).

1.3.2 Důvody k provedení náhrady kyčelního kloubu endoprotézou

- degenerativní onemocnění kyčelního kloubu – koxartróza (která nereaguje na konzervativní terapii),
- 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.

Hlavním důvodem pro rozhodnutí k operaci je bolest provázející základní onemocnění, výrazná porucha funkce kloubu omezující celkovou hybnost a soběstačnost klienta (Sosna, 2003, s. 16).

1.3.3 Kontraindikace k implantaci kyčelního kloubu

Jsou stavy, které by mohly negativně ovlivnit průběh operace a celkovou pooperační rekonvalescenci pacienta. Mezi tyto stavy řadíme:

- závažná kardiopulmonální onemocnění, není-li možná spinální či epidurální anestézie,
- závažná cévní onemocnění, která znemožňují efektivní pooperační rehabilitaci (pokročilá ateroskleróza, ischemická postižení periferních tepen dolních končetin),
- strukturální postižení centrální nervové soustavy, závažná psychická onemocnění,
- přítomnost infekčního ložiska kdekoli v organismu, kožní afekce na dolních končetinách, ∞ chronické infekce urogenitálního traktu, nemoci dolních cest dýchacích, nutné je věnovat pozornost sanaci chrupu,
- jako relativní kontraindikací může být v tomto případě věk, obezita, sociální zázemí atd.

(Halášová, 2010, s. 66).

1.3.4 Komplikace totální endoprotézy kyčelního kloubu

Každá operace v sobě skýtá určitá rizika. Stejně jako jiné druhy operačních výkonů je i náhrada kyčelního kloubu zatížena možností komplikací, mezi které patří peroperační komplikace, dané svou lokalitou, rozsahem a charakterem výkonu. Kromě toho existuje celá řada komplikací celkových i místních. Vůbec nejzávažnější komplikací je smrt, která souvisí s operačním výkonem. Nejčastější komplikací je bolest, která může vzniknout z různých příčin. Bolest, která přímo vychází z TEP, může mít různou příčinu – uvolnění, tumor, burzitidu, otok měkkých tkání, únavovou zlomeninu. Jednou z časných komplikací je krvácení. Mezi další komplikace patří:

- **Poruchy spojené s hojením operační rány** – mohou ovlivnit jak pooperační průběh, tak i další osud implantátu. Patří sem zpomalené hojení, které je doprovázené serózní sekrecí ze subkutánního hematomu, dále také hemartros (přítomnost krve v kloubu), drobné okrajové nekrózy rány, plošné nekrotické defekty, dehiscence operační rány, stehové abscesy a píštěle, povrchový raný infekt.
- **Poranění nervů** – významná paréza je komplikací asi 1 % implantací. K peroperačnímu poškození nervu může dojít při velkém prodloužení končetiny nebo opakovanou traumatizací nervu, dále také při nesprávném založení hrotnatého elevátoria. Dle literatury se kompletní úprava dá očekávat asi ve 40 % případů, 40 %

se upraví částečně, ve 20 % je paréza trvalá (Halásová, 2010, s. 66).

- **Flebotrombóza** – u operací kyčelních kloubů je zvýšené riziko vzniku zánětu hlubokých žil dolních končetin. Riziko flebotrombózy u pacientů po TEP kyčle je asi 50%. Rovněž je vysoký výskyt plicní embolie. Vysoké riziko TEN přetrvává asi 3 měsíce po operaci, přitom nejvíce úmrtí vzniká ve 2. a 3. pooperačním týdnu 77 %. Prevencí je především včasná mobilizace, rehabilitace, chůze a cvičení. Při dlouhodobém omezení pohybu a snížené aktivitě dochází ke zpomalení toku krve v žilách, proto je důležité, aby pacienti, kteří jsou nuceni po operaci déle ležet, alespoň pohybovali nohama v kotnících nebo zatínali svaly lýtky. U pacientů, kteří mají zvýšené riziko vzniku trombózy, se před operací podávají nízkomolekulární hepariny, které snižují srážlivost krve. Dalším preventivním opatřením je bandážování dolních končetin. Zkracuje se hospitalizace pacientů po TEP kyčle, takže pacienti jsou propouštěni ve vysokém riziku TEN a většina klinických případů TEN se proto odehrává doma nebo v doléčovacích a rehabilitačních zařízeních (Halásová, 2010, s. 67).
- **Plicní embolie** – je závažný, život ohrožující stav, způsobený uvolněním krevní sraženiny do oběhu a její cestou do plicního řečiště. Pacient má zabandážované dolní končetiny, jsou mu podávány léky rozpouštějící krevní sraženiny a snižující srážlivost.
- **Nestejná délka končetin** – vyskytuje se u 18—32 % operovaných pacientů. Nežádoucím prodloužením se s ohledem na stabilitu endoprotézy někdy nelze vyhnout. Předoperační kontrola je obtížná a vzhledem poloze klienta na operačním stole objektivně těžko měřitelná (Dungl, 2005, s. 939).
- **Luxace endoprotézy** – základním požadavkem k TEP kyčelního kloubu je stabilita, která je zajištěná dobře nastavenými komponenty a dostatečnou tenzí měkkých tkání. Vykloubení umělé náhrady kloubu je u primoperací v rozmezí 1—10 %, u reimplantací 20 %. Luxace může nastat z důvodu spontánní luxace při nedostatečné stabilitě endoprotézy, a to v případě technické chyby nebo rizikového klienta, další vliv může mít páčení krčku femorálními komponenty o okraj náhrady acetabula nebo páčení kostěného femuru o kostní prominence pánve (Dungl, 2005, s. 937).
- **Infekční komplikace** – v zásadě vyžadují složité léčebné postupy, znamenají prodloužení hospitalizace, delší doby léčení pacienta, mohou však způsobit selhání implantátu, který je nutné odstranit. Časný infekční se projevuje v průběhu hojení operační

rány, průběh je vždy akutní. Pozdní infekce může mít různě dlouhý časový odstup. Vzniká většinou hematogenní cestou ze vzdálenějšího ložiska infekce v těle. Může mít formu náhlého akutního zánětu, nebo plíživou formou s minimem klinických příznaků.

- **Periprotetické zlomeniny** – nárůst jejich počtu je v důsledku implantace TEP v nižším věku. Pacient má zavedený implantát ve femuru delší dobu a postupně dochází k úbytku kostní hmoty.
- **Heterotopická osifikace** - vzniká brzy po operačním výkonu a to zejména u mužů, kdy kalcifikace progreduje v rozsáhlou kostní novotvorbu.
- **Mechanické selhání** – k selhání může dojít při aseptickém uvolnění endoprotézy v důsledku osteolýzy. Životnost implantátu může limitovat i otěr způsobený pohybem protilehlých komponent. Selhání implantátu může být ovlivněno chronickým přetěžováním, obezitou, neadekvátní sportovní a pracovní aktivitou. Vede k němu i chybná technika při implantaci, vada materiálu a chybná konstrukce implantátu (Halášová, 2010, s. 67).

2. EDUKACE

Podle (Juřeníkové, 2010, s. 9) je to „proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince“.

Cílem edukace je získat a udržet pacienta aktivního v léčbě (Magurová, 2009, s. 48).

Edukace, je intencionálně řízený proces změn kvality všech jejich účastníků, který musí akceptovat zákonitosti učení se klienta i jeho osobní předpoklady (Kudlová, Tomanová, 2004, s. 1).

Edukační lekcí rozumíme každou záměrnou učební jednotku, v níž má být dosaženo změny u vzdělaného jedince. Je vybavena cíli, jasně definovaným učivem, materiálně technickou a organizační výbavou, jsou vybrány metody a jejich alternativy, systémem kontroly. Patří sem informační intervence (Kudlová, Tomanová, 2004, s. 2).

Záměrná edukace by měla být vybavena cíli (představou kvality, k níž chceme směřovat). Struktura cílů k vyučovací lekcí by měla postihnout celou osobnost konkrétního, učícího se jedince – kognitivní, afektivní i psychomotorickou. Všechny cíle by měly být formulovány jasně a srozumitelně. Cíl se týká edukátora i edukovaného jedince (Kudlová, Tomanová, 2004, s. 2).

Obsah, tedy učivo má v záměrné edukaci tři základní podoby. Formální (informační) učivo (je vymezeno), realizované učivo, je učivo, které bylo účastníky edukace zpracováno, děje se v učební lekcí, osvojené učivo je ta podoba, kterou jedinec užije v životní situaci. Není to jen informace, kterou jedinec zná, ale i informace se kterými jedinec operuje v rozhodovacích procesech. Osvojené učivo je výstupní kvalita edukovaného jedince, tvoří je vědomosti, dovednosti, schopnosti a postoje (Kudlová, Tomanová, 2004, s. 3).

Metody, jako způsoby a činnosti, jimiž se jedinec učí danému učivu. Každá součást učiva má jiný charakter a vyžaduje jiné osvojovací procedury. Utváření všech dovedností je etapovité, každá etapa vyžaduje jiné vedení, jinak náročné zadání. Edukátor by měl všechny varianty postupů znát, aby je byl schopen v dané situaci použít, vybrat k nim učební pomůcku, typy úloh, tedy vše, co povede ke splnění cíle.

Materiálně technické vybavení každé lekce je závislé na jejím rozsahu, charakteru učiva, na cílech. Patří sem přístroje a pomůcky k prezentaci učiva, demonstrační modely, soubory

různě náročných úloh ke zpětné vazbě, evaluační klíč, studijní opory (letáky, brožurky, apod.). Do organizační stránky patří prostorové zabezpečení, přítomnost vyučujícího s jeho didaktickými dovednostmi nebo systém samostudia a kontroly (Kudlová, Tomanová, 2004, s. 3).

Kontrolní evaluační systém, jde o proces vyhodnocování, hodnocení a ocenění hodnoceného jevu. Jde o systém diagnostiky, čili zjišťování, posuzování a hodnocení vstupních podmínek, průběžného stavu a závěrečných výstupů z edukačního programu či lekce.

Cílová uživatelská skupina. Každá edukační lekce je determinována uživateli, tj. frekventanty vzdělávání. Víme, komu je určena a tím předpokládáme charakteristické možnosti učícího se jedince (Kudlová, Tomanová, 2004, s. 3).

Zvláštním činitelem je profesionalita edukátora, jeho schopnost projektovat učební lekci, vybavit ji všemi náležitostmi. Zda umí formulovat cíle, vybrat vhodné diagnostické a učební pomůcky, zda je schopen převzít odpovědnost za efektivitu edukační lekce. (Kudlová, Tomanová, 2004, s. 5).

2.1 Základní premisy edukace

- Pacient má právo na edukaci.
- Důležitost je kladena nejen na edukaci pacienta, ale také na edukaci jeho blízkých, rodinných příslušníků, aby se zabránilo zbytečným zdravotním komplikacím, popř. konfliktům.
- Každý pacient je individuální osobnost, charakteristická svými fyzickými, afektivními a kognitivními vlastnostmi. Proto se edukace pacienta musí soustředit kromě fyzikální stránky nemoci také na stránku psychickou, sociální a duchovní.
- Základem kvalitní edukace, je navázání kontaktu, především zájem pacienta, jeho vnitřní motivace – já chci, získání pacienta ke spolupráci a vhodné osobnostní vlastnosti edukátora.
- Při vyučování pacienta plní edukátor jednotlivé kroky edukačního procesu, reaguje na další potřeby pacienta a jeho rodiny, snaží se snížit pocity strachu, úzkosti, nejistoty, snaží se pomoci pacientovi pochopit jeho vlastní roli v péči o svoji osobu

a jeho odpovědnost za své zdraví. Vzhledem k těmto úkolům, by měl mít edukátor potřebné teoretické znalosti, praktické dovednosti, dostatek empatie a ochoty pomoci, respekt k osobnosti pacienta, správné verbální a nonverbální komunikační schopnosti a schopnost poradce.

- Před zahájením edukačního procesu by měly být odstraněny bariéry edukace, které by mohly narušit, nebo dokonce znemožnit proces edukace.
- Edukace je tím účinnější, čím více se na ni aktivně podílí samotný edukant (Kudlová, 2006, s. 117).

2.2 Právní normy edukace pacientů v ČR

- Aby se pacient mohl svobodně a správně rozhodnout ohledně dalšího postupu léčby či péče, měl by být náležitě informován a edukován o svém zdravotním stavu. Pacient má právo a potřebu vědět, jak pečovat o své zdraví.
- Etický kodex České lékařské komory ukládá lékařům povinnost nemocného nebo jeho zákonného zástupce srozumitelným způsobem informovat o charakteru onemocnění, zamyšlených diagnostických a léčebných postupech, včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčby mohou nastat. Lékař podle zákona musí pacienta poučit a edukovat. Zákon však již nestanovuje konkrétní obsah ani formu poučení. Poučení má být provedeno srozumitelně a o poučení má být proveden záznam do zdravotnické dokumentace.
- Všeobecné sestry, rehabilitační pracovníci (fyzioterapeuti) a laboranti jsou oprávněni podávat poučení pouze v rámci svých profesních kompetencí a činností, viz. vyhláška č.424/2004, kdy podle této vyhlášky všeobecná sestra edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály, poučuje pacienta o ošetrovatelských problémech, které identifikovala a řeší, o ošetrovatelských výkonech. Všeobecná sestra není ze zákona oprávněná informovat pacienta o stanovené diagnóze, prognóze a postupu léčby, ale může s těmito informacemi následně pracovat (Kudlová, 2006, s. 118).

2.3 Edukace pacienta s TEP kyčelního kloubu

Edukace pacienta s diagnózou TEP kyčelního kloubu je nedílnou součástí léčby a účastní se jí celý ošetrovatelský tým. Edukace je velice zásadní a důležitá. Jde o vzájemnou spolupráci celého multidisciplinárního týmu složeného jak z lékařů, všeobecných sester tak i rehabilitačních pracovníků (fyzioterapeutů) a, nutričních pracovníků. Sestra v edukaci zaujímá velice důležitou roli. Cílem edukace je zlepšení kvality života u pacienta s TEP kyčelního kloubu. Důležitým aspektem je návrat do normálního života bez bolesti a výrazného pohybového omezení. Úspěšnost návratu závisí zejména na aktivním přístupu každého operovaného jedince, na tom, jak dokáže využít všech prostředků, které mu pomohou překonat dočasné obtíže. Jedním z prostředků je cíleně zaměřený pohyb, který vede k obnově funkce operovaného kloubu (Matouš, 2005, s. 7).

2.3.1 Edukace pacienta před výkonem

V případě, že konzervativní léčba není schopna ulevit pacientovi od bolesti, je navrženo operační řešení v náhradě kyčelního kloubu endoprotézou. Dalším důvodem operace může být výrazná porucha funkce kloubu, která vede k omezení pohybu a soběstačnosti pacienta. Nastává složitá situace, kdy se pacient musí sám rozhodnout, jestli takový výkon chce podstoupit a je ochoten přijmout i jistá rizika tohoto výkonu. Pacient je poté odeslán na pracoviště ortopedické ambulance, kde si jej převezme určený operatér, který mu opět vše vysvětlí a podá informace o všech aspektech operační léčby (Sosna, 2003, s. 20).

Před operací pacientovi chybí potřebné informace ohledně operačního výkonu, co je třeba si zajistit před operací, jaký bude muset dodržovat léčebný režim, které důležité pomůcky bude potřebovat k zvládnutí pooperačního období. Pacient si nedovede představit, co ho po operaci TEP kyčelního kloubu čeká a jak tento složitý zákrok ovlivní jeho život po propuštění z nemocnice (Sigmundová, 2010, s. 32).

Před operačním výkonem je důležité pacientovi vysvětlit, proč je nutné provést výměnu kloubu, objasnit mu, že TEP se provádí v důsledku kloubních změn, které vedou k bolestem, omezení pohybu a poruše stability. Současně je nutné podat informace, které se týkají změny životního stylu (Sigmundová, 2010, s. 32).

Pacient by měl vědět, že součástí předoperační přípravy je předoperační vyšetření a kontrola jeho zdravotního stavu. Důležité je seznámit pacienta s hrazením krevních ztrát po operaci. Kde je možností buď podání krve z krevní banky, nebo jeho vlastní krve tzv. autotransfuze, v tomto případě je nutné, aby byl odběr proveden přibližně 45 dnů před plánovaným výkonem. Zdravotnický tým opakovaně zjišťuje, zda pacient dané informace vstřebal, rozumí jim, neboť TEP kyčelního kloubu je výkon náročný s dlouhodobou rekonvalescencí. Každý pacient musí být k tomuto výkonu důkladně připraven, proto je na místě kvalitní jak předoperační tak pooperační edukace (Sigmundová, 2010, s. 32).

Cílem edukace před výkonem je poučit pacienta v oblasti zdravého životního stylu, o domácí a předoperační přípravě a následné pooperační péči. Pokud pacient nemá ideální hmotnost, je na místě, aby se snažil ji upravit, protože operace náhrady kyčelního kloubu klade velké nároky na celkovou kondici organismu. Pacientovi v této oblasti může pomoci nutriční terapeut, který sestaví jídelníček vhodných jídel. V rámci předoperační přípravy je důležité zvýšit tělesnou zdatnost, jen tak můžeme předejít případným komplikacím. Pacient by měl před hospitalizací dát do pořádku všechny osobní záležitosti, zejména tam, kde je nutná osobní návštěva (banky, spořitelny, právník). Měl by si zajistit pomoc rodinného příslušníka, který se o něj po operaci v průběhu šesti týdnů postará. V případě, že pacient nemá dostatečné domácí zázemí, je nezbytné zajistit lůžkové zařízení následné rehabilitace a péče. Lékař i sestra opakovaně informují pacienta, že je nutné přesné dodržení pokynů z hlediska pohybového režimu. Na místě je pomoc praktického lékaře, sociálních pracovníků a v neposlední řadě vlastní rodina či přátelé (Sosna, 2003, s. 23).

Součástí edukace je příprava domácího prostředí, kompenzačních pomůcek, které bude pacient po propuštění z nemocnice nutně potřebovat. Nutné je dovybavit byt o nezbytné doplňky jako jsou gelové polštářky pro chlazení operační rány, lůžko a křeslo do vhodné výšky, madla na WC (umístit na boční zeď), nástavec na WC, sedačka do vany, protiskluzová rohož do vany, mycí houbu na dlouhém držadle, připravit si koupelnu na pohodlné a bezpečné mytí. Vhodné jsou též pomůcky pro zjednodušení sebeobsluhy v pooperačním období, jako jsou podpažní berle, francouzské hole, dlouhá obouvací lžice, podavač či oblékač punčoch, abdukční klín či menší a silnější polštářek (příloha 3). Pomůcky lze koupit v prodejnách zdravotnických potřeb. Sestra informuje pacienta,

že některé pomůcky lze předepsat na poukaz, který předepíše lékař (Sosna, 2003, s. 23—24).

Příprava obuvi, kterou bude pacient po operaci používat, je rovněž důležitá. Sestra doporučí pacientovi obuv, která se dobře obouvá, měkké, pohodlné boty s pevnou patou a podpatkem do 3 cm. Pro pobyt v nemocnici je vhodná pevná domácí obuv s plnou špičkou a zavřenou patou. Další edukační lekcí je preventivní pohybový program. Lékař i sestra informují pacienta o důležitosti pohybové aktivity a podporují ho v nutnosti nácvičku pohybových cviků, které bude potřebovat po operaci. Cvičení povede k rychlejšímu zvládnutí cviků po operaci, ale je vhodné i pro posílení svalstva ještě před operací. Vhodné jsou izometrické cviky, prováděné bez pohybu v kyčelním kloubu, které pro pacienta nejsou bolestivé. Na základě poskytnutých informací si pacient bude moci rozmyslet, zda je schopen vše potřebné zajistit, zda bude mít dostatek času na přípravu a zajištění pomoci (Sosna, 2003, s. 24).

Ve stanovený den se pacient dostaví na ortopedickou ambulanci, kde budou vystaveny potřebné dokumenty, chorobopis, popřípadě potvrzení o pracovní neschopnosti. Pacienta se ujme ošetřující lékař, který s ním sepíše tzv. anamnézu, vyšetří pacienta jak po stránce ortopedické tak celkové. Ošetřující lékař podá pacientovi informace ohledně operačního výkonu, vysvětlí předoperační a pooperační průběh, který zahrnuje krátkodobou hospitalizaci na JIP a možná pooperační rizika a komplikace. Důležitá je v tomto směru ochota spolupráce ze strany pacienta. Sestra podporuje pacienta a nabídne pomoc v případě jakékoli nejasnosti. Lékař i sestra se opakovaně dotazují pacienta, zda všemu rozumí, protože nedostatečné pochopení může být příčinou řady neshod (Sosna, 2003, s. 26).

Díky kvalitní edukaci se mohou obavy z operace snížit. Edukace musí být jasná, srozumitelná a pochopitelná. Důležitá je dobrá spolupráce, trpělivost a snaha o to, aby pacient všemu porozuměl (Juřeníková, 2010).

2.3.2 Edukace pacienta po výkonu

Edukace po výkonu je stejně důležitá jako edukace před výkonem. Edukační lekce lze rozdělit do několika důležitých směrů. Na časně pooperační období, a možnosti rehabilitace, následnou péči po operaci a rehabilitaci, a pohybový režim a rehabilitaci po propuštění z nemocnice. Hlavním úkolem sestry je v tomto období neustálé opakování

důležitosti správných postupů a sledování celkového stavu pacienta. Upozorňování na chyby a nedostatky, které mohou vést ke komplikacím (Juřeníková, 2010).

2.4 Edukační proces po totální endoprotéze kyčelního kloubu

Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení, a to buď záměrně, nebo nezáměrně. Do procesu edukace vstupují podle Juřeníkové (2010, s. 10) čtyři determinanty:

- 1) edukanti a jejich charakteristika,
- 2) edukátor,
- 3) edukační konstrukty,
- 4) edukační prostředí

Edukaci realizujeme na základě zjištěných edukačních potřeb, které jsme stanovili na podkladě vyhodnocení sběru informací o pacientovi. Realizace edukace by měla vycházet z plánu edukace, který jsme si stanovili, a vše by mělo směřovat k naplnění cíle edukace. *„Na realizaci edukace by se měl podílet celý multidisciplinární zdravotnický tým, který edukaci provádí na základě svých kompetencí, specializace a stanoveného plánu“* (Juřeníková, 2010, s. 53).

Edukační proces po TEP kyčelního kloubu (příloha 2).

PRAKTICKÁ ČÁST

PRAKTICKÁ ČÁST

Ortopedické oddělení v Přerově je součástí chirurgického pavilonu. Disponuje 26 lůžky. Personál tohoto oddělení tvoří vrchní sestra, 7 všeobecných sester, 2 zdravotničtí asistenti a 4 ošetřovatelky. Základem velké operativy jsou náhrady velkých kloubů a to jak kyčelního, tak kolenního. Dohromady se těchto operací provede 300 ročně. V minulém roce bylo odoperováno 186 pacientů, kterým byla implantována totální endoprotéza kyčelního kloubu. Důležitost je kladena na edukaci pacienta, součástí této edukace je standard fyzioterapie u pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu.

Režimová opatření a specifická rehabilitace jsou po TEP kyčelního kloubu poměrně obsáhlá, proto jsou úzce spjata se správnou edukací pacienta. Je velmi důležité, aby této edukaci byl dáván dostatečný prostor a čas. U pacientů ve vyšší věkové kategorii, což se u TEP kyčle předpokládá, jde o edukaci nejen pacienta, ale do edukace jsou mnohdy přizváni rodinní příslušníci, s cílem efektivnější edukace a co nejsrozumitelnější předání informací. Důležité je naučit se takové způsoby komunikace, které vedou k edukaci pacienta a zpětnou vazbou se přesvědčit jak pacient vnímá a akceptuje informace, které mu zdravotník předává. U dobře edukovaného pacienta lze předpokládat větší spolehlivost při dodržování pooperačního léčebného režimu. Je zcela jasné, že na procesu edukace pacienta po TEP kyčle se podílí celý tým ortopedického oddělení. Lékaři, kteří poskytují pacientovi převážně odborné informace, dále sestry, které edukují o způsobu ošetrovatelské péče, působí na pacientův psychický stav a podporují jeho soběstačnost, mají také na starost informační materiály, které slouží k výchově pacienta (Juřeníková, 2010).

Formulace problému

Jsou pacienti přijatí na ortopedické oddělení v Nemocnici Přerov za účelem totální endoprotézy kyčelního kloubu dostatečně informováni o pooperační péči a možných komplikacích?

Cíle průzkumného šetření

Cíl 1

Zjistit jaké mají pacienti s TEP kyčelního kloubu vědomosti o pooperačním léčebném režimu.

Cíl 2

Zjistit u pacientů vědomosti o komplikacích, které mohou po TEP kyčle vzniknout a možné prevenci, jak jim předcházet.

Cíl 3

Zmapovat komponenty edukační lekce, které se využívají na ortopedickém oddělení.

Úkoly průzkumného šetření

- zvolit vhodné respondenty
- vybrat vhodný vzorek respondentů
- zvolit místo realizace průzkumného šetření
- zvolit metodu zpracování získaných informací
- zhodnotit výsledky průzkumného šetření

METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Nestandardizovaný strukturovaný dotazník viz.(příloha č. 1). Bylo povoleno dotazníkové šetření viz.(příloha č. 7). Dotazník byl vypracován autorkou, diskutován a později schválen vedoucí práce Mgr. Bc. Pavlou Kudlovou, PhD. Byl sestaven na základě formulované otázky a cílů průzkumného šetření. Skládal se z 27 položek, otázky sestavené k jednotlivým cílům byly identifikační, polouzavřené, uzavřené, otevřené, výběrové.

Charakteristika zkoumaného vzorku

Skupinu respondentů tvořili pacienti po TEP kyčelního kloubu, hospitalizovaní na ortopedickém oddělení nemocnice Přerov. Průzkumné šetření probíhalo u každého pacienta těsně před propuštěním do domácí péče, to znamená 10. den po operačním výkonu. Bylo provedeno u pacientů schopných edukace, spolupracujících, orientovaných místem, časem, osobou.

Přiřazení otázek k jednotlivým cílům:

Cíl 1 Zjistit jaké mají pacienti s TEP kyčelního kloubu vědomosti o pooperačním léčebném režimu.

16. Jaké jsou zásady v pooperačním období po TEP kyčelního kloubu:
17. Víte, jakými pomůckami by měl být vybaven Váš byt po operaci?
18. Víte, které pohyby jsou po operaci zcela zakázané?
19. Napište, jaké kompenzační pomůcky je nutné v pooperačním období používat:
20. Při poloze na zádech, otáčení a posazování je nutné dodržovat:
21. Do jaké míry můžete dolní končetinu zatěžovat:
22. Kterým činnostem je nutné se po operaci kyčle vyhýbat:
23. Které činnosti jsou naopak po operaci kyčle povoleny (vítány):
24. Jaký je správný sed na židli po operaci kyčle
25. Jaký je správný postup při chůzi o berlích po rovině:

26. Jaký je správný postup při chůzi o berlích do schodů:

27. Jaký je správný postup při chůzi o berlích ze schodů:

Cíl 2 Zjistit u pacientů vědomosti o komplikacích, které mohou po TEP kyčle vzniknout a možné prevenci, jak jim předcházet

10. Mezi komplikace po TEP kyčelního kloubu patří:

11. Embolie může vzniknout následkem:

12. K infekci může dojít následkem:

13. Jaké mechanismy vedou k vykloubení endoprotézy:

14. Víte, jaká je prevence embolie?

15. Víte, jaká je prevence vykloubení endoprotézy?

Cíl 3 Zmapovat komponenty edukační lekce, které se využívají na ortopedickém oddělení.

4. Byly Vám na ambulanci ortopedického oddělení v Přerově předány informace týkající se léčebného režimu po operaci TEP kyčle ještě před nástupem k hospitalizaci? Jak jste byl (a) s předáním informací spokojen (á) známky:

5. Jakou metodou u Vás probíhala edukace?

6. Vyhovovala Vám tato metoda edukace?

7. Proběhlo u Vás ověření, zda jste edukaci porozuměl (a)

8. Zjišťoval u Vás na začátku edukace, co již o daném tématu víte?

9. V jaké oblasti, kdy, kým a v jaké míře jste byl (a) edukován (a) v rámci pooperačního léčebného režimu? Tabulka.

Organizace průzkumného šetření

Autorkou bylo osobně rozdáno celkem 60 dotazníků, v období od února do března 2011. Všech 60 respondentů odpovědělo na všechny položky v připraveném dotazníku,

i když u některých respondentů, a to zejména u respondentů nad 80 let, byla nutná pomoc při vyplnění některých položek, odpovídali však samostatně, proto byla návratnost dotazníků 100 %.

Zpracování získaných dat

Získaná data byla hodnocena pomocí tabulek četností. V tabulkách je uvedena absolutní četnost, jež představuje počet respondentů nebo u otázek, kde bylo více možných odpovědí, tak počet celkových odpovědí. Dále je zde označena relativní četnost, která udává, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu, je vyjádřena v procentech. Každá tabulka je pro názornost vyjádřena i graficky.

VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA

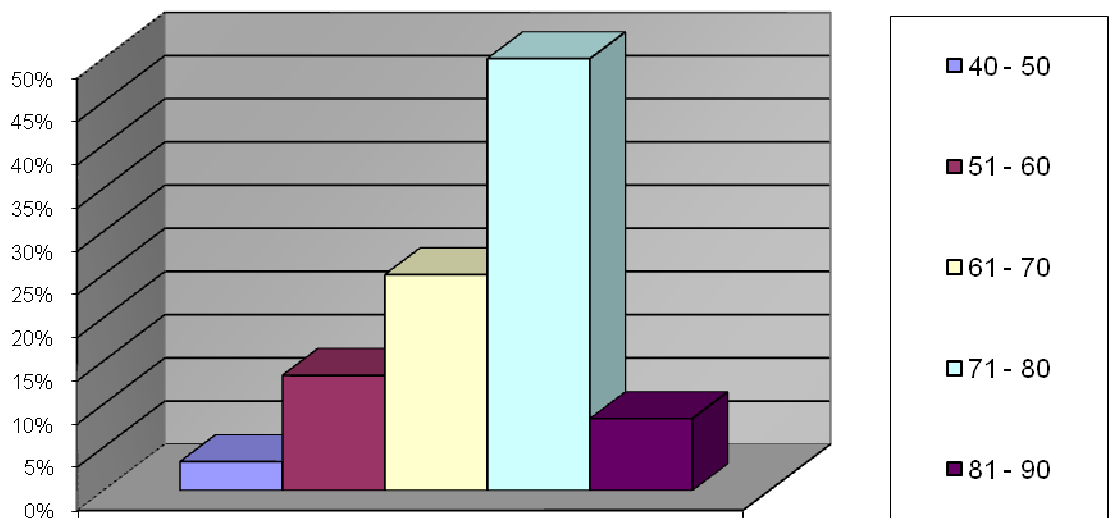
Položka č. 1: Jaký je Váš věk?

Tabulka 1 Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
40—50 let	2	3,33 %
51—60 let	8	13,33 %
61—70 let	15	25,00 %
71—80 let	30	50,00 %
81—90 let	5	8,33 %
Celkem	60	100,00 %

Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 60 respondentů. Tabulka 1 znázorňuje jednotlivé věkové kategorie respondentů. Nejvíce zastoupená je věková kategorie 71—80 let a to v počtu 30 respondentů (50,00 %). V pořadí druhou nejpočetnější skupinou jsou respondenti ve věkové kategorii 61—70 let v počtu 15 (25,00 %). Třetí skupinou jsou respondenti ve věku 51—60 let v počtu 8 (13,33 %), další skupinou je věk 81—90 let v počtu 5 (8,33 %). Nejméně početnou skupinu tvořili respondenti ve věku 40—50 let v počtu 2 (3,33 %).

Graf 1 Věk respondentů



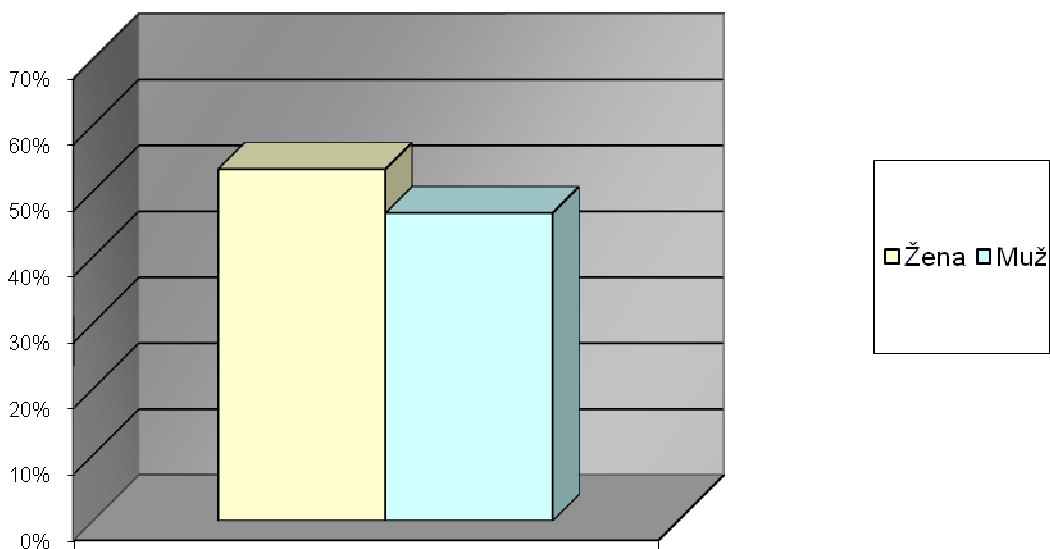
Položka č. 2: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 2 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	32	53,33 %
Muž	28	46,67 %
Celkem	60	100,00 %

Tabulka 2 znázorňuje celkový počet respondentů, pacientů ortopedického oddělení, zastoupení žen tvořilo 32 (53,33 %) a mužů 28 (46,67 %).

Graf 2 Pohlaví respondentů



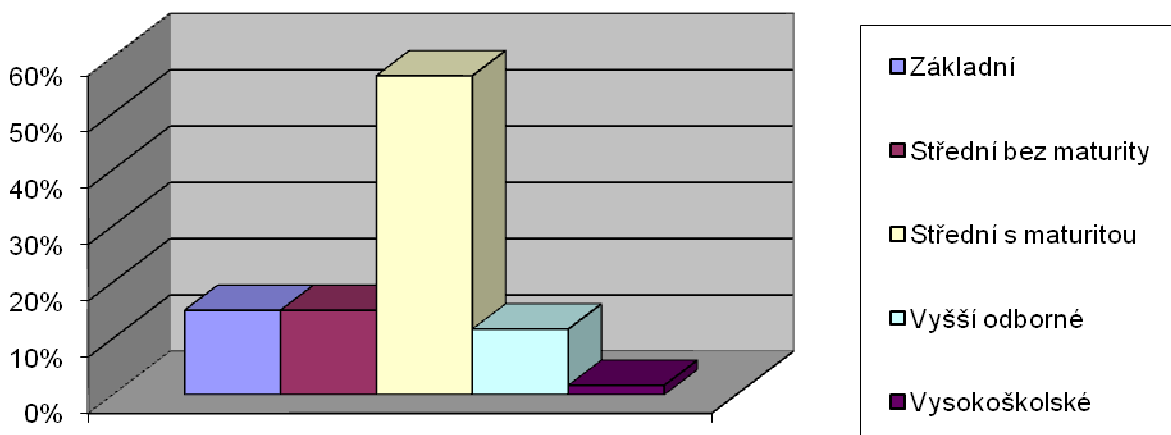
Položka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3 Vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	9	15,00 %
Střední bez maturity	9	15,00 %
Střední s maturitou	34	56,67 %
Vyšší odborné	7	11,67 %
Vysokoškolské	1	1,66 %
Celkem	60	100,00 %

Tabulka 3 popisuje vzdělání respondentů. Nejvíce zastoupenou skupinu tvoří respondenti se vzděláním středním s maturitou v počtu 34 (56,67 %). V pořadí druhou skupinou jsou respondenti shodně se vzděláním základním v počtu 9 (15 %) a středním bez maturity v počtu 9 (15 %). Respondenti s vyšším odborným vzděláním tvoří třetí skupinu v počtu 7 (11,67 %). Nejméně zastoupenou skupinu tvoří respondenti s vysokoškolským vzděláním 1 (1,66 %).

Graf 3 Vzdělání respondentů



Položka č. 4: Byly Vám na ambulanci ortopedického oddělení v Přerově předány informace týkající se léčebného režimu po operaci TEP kyčle ještě před nástupem k hospitalizaci? Jak jste byl(a) s předáním informací spokojen(a), známky:

Tabulka 4a Předání informací o léčebném režimu před hospitalizací

Předání informací o léčebném režimu před hospitalizací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	56	93,33 %
Ne	4	6,67 %
Celkem	60	100,00 %

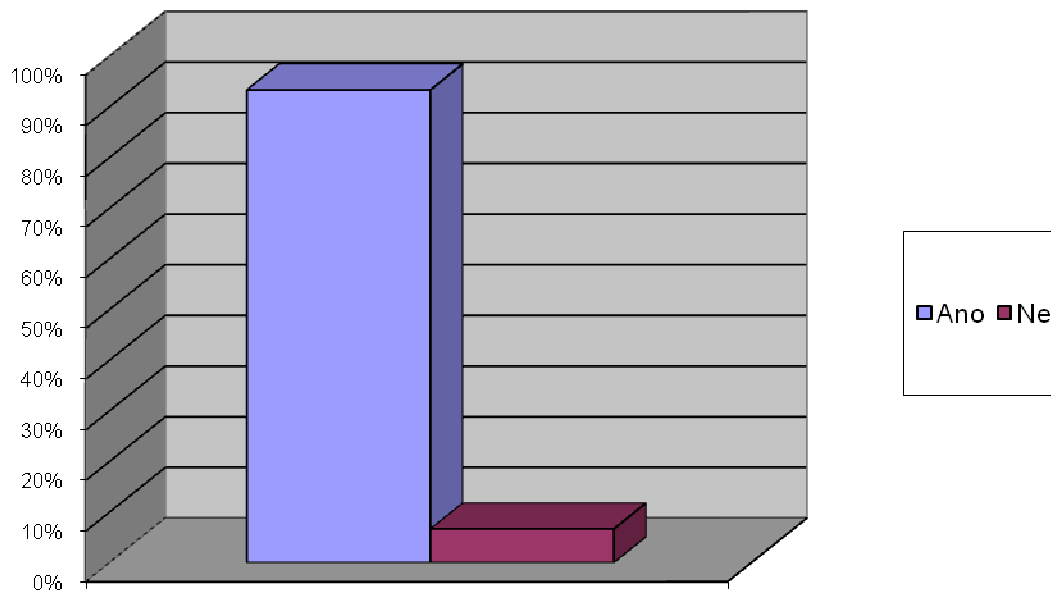
Tabulka 4a ukazuje, že 56 respondentům (93,33 %) byli předány informace, které se týkaly léčebného režimu po TEP kyčle ještě před nástupem k hospitalizaci, 4 respondenti (6,67 %) tyto informace nedostali. Pokračováním tabulky 4 je známka za předání informací.

Tabulka 4b Spokojenost respondentů s předáním informací (známka za předání)

Známka za předání	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	36	64,29 %
2	13	23,21 %
3	6	10,71 %
4	0	0,00 %
5	1	1,79 %
Celkem	56	100,00 %

Pokračování tabulky 4 je spokojenost respondentů s předáním informací (známka za předání). Nejvíce respondentů by udělilo známku 1 v počtu 36 (64,29 %), známku 2 by přidělilo 13 respondentů (23,21 %), známku 3 pak 6 respondentů (10,71 %), známku 4 nepřidělil žádný respondent a známku 5 by udělil 1 respondent (1,79 %). **Průměrná známka za předání informací je 1,518.**

Graf 4 Předání informací o léčebném režimu před hospitalizací



Položka č. 5: Jakou metodou u Vás probíhala edukace? (více možných odpovědí).

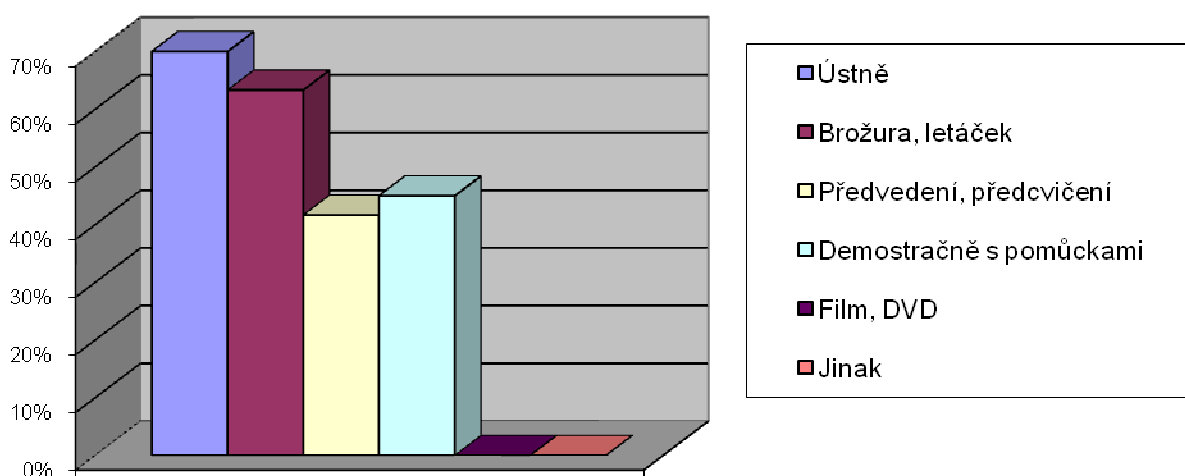
Tabulka 5 Metoda edukace

Metoda edukace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pouze ústně	42	70,00 %
Brožurou, letáčkem	38	63,33 %
Názorným předvedením, předcvičením	25	41,67 %
Demonstračně s využitím pomůcek (berle, FH, abdukční klín)	27	45,00 %
Filmem, DVD	0	0,00 %
Jinou formou, metodou	0	0,00 %

Tabulka 5 popisuje, jakou metodou edukace probíhala. Respondenti měli na výběr více možných odpovědí. Z celkového počtu 60 respondentů (100 %) tvořili největší skupinu

respondenti, kteří byli edukováni ústně 42 respondentů (70,00 %), 38 respondentů (63,33 %) odpovědělo metodu edukace brožuru, letáček. Demonstračně s využitím pomůcek bylo edukováno 27 respondentů (45,00 %), 25 respondentů (41,67 %) odpovědělo jako metodu edukace názorné předvedení, předcvičení. Žádný z respondentů nebyl edukován filmem, DVD, nebo jinou metodou edukace.

Graf 5 Metoda edukace



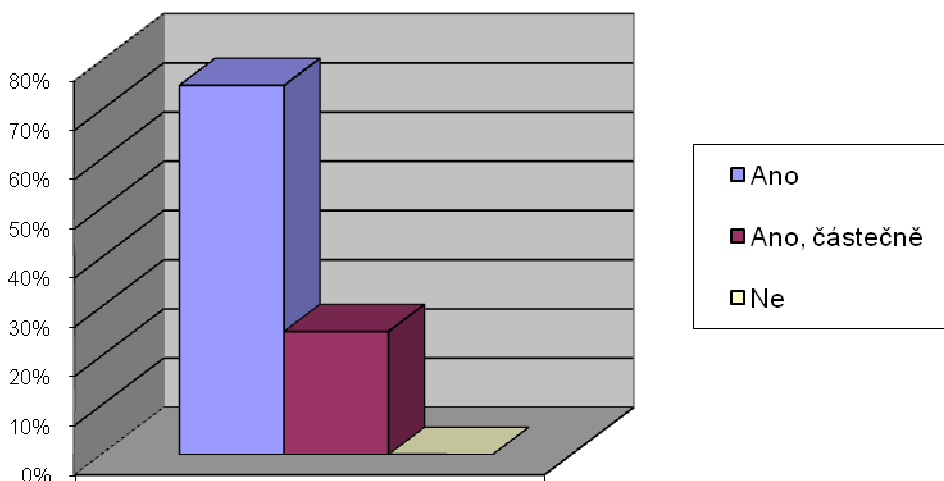
Položka č. 6: Vyhovovala Vám tato metoda edukace?

Tabulka 6 Spokojenost respondentů s výběrem metody edukace

Spokojenost respondentů s výběrem metody edukace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	45	75,00 %
Ano, částečně	15	25,00 %
Ne	0	0,00 %
Celkem	60	100,00 %

Tabulka 6 znázorňuje spokojenost respondentů s výběrem metody edukace, kdy 45 respondentů (75,00 %) bylo spokojeno s výběrem metody edukace a 15 respondentů (25,00 %) bylo spokojeno částečně.

Graf 6 Spokojenost respondentů s výběrem metody edukace



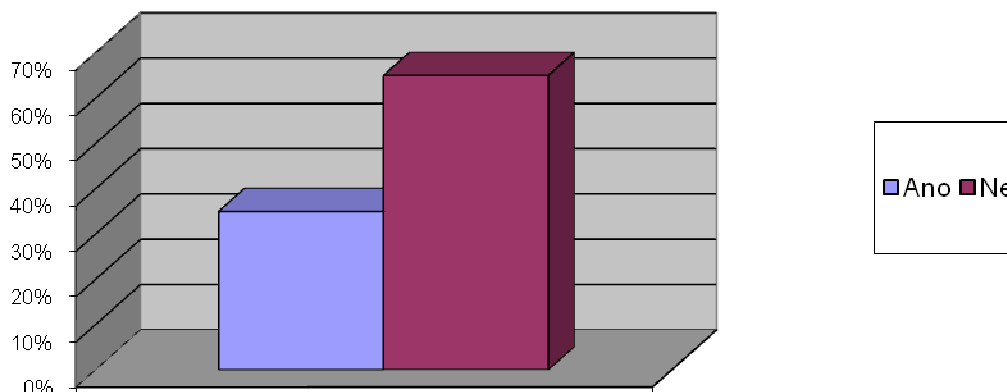
Položka č. 7: Zjišťoval u Vás někdo na začátku edukace, co již o daném tématu víte?

Tabulka 7 Zjišťování informací o daném tématu na začátku edukace

Zjišťování informací o daném tématu na začátku edukace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	21	35,00 %
Ne	39	65,00 %
Celkem	60	100,00 %

Tabulka 7 nám ukazuje, u 21 respondentů (35,00 %) zjišťovali na začátku edukace, co o daném tématu ví a u 39 respondentů (65,00 %) ne. U 21 respondentů zjišťovali, zda o daném tématu něco ví převážně dotazem a komunikací s pacientem.

Graf 7 Zjišťování informací o daném tématu na začátku edukace

**Položka č. 8: Proběhlo u Vás ověření, zda jste edukaci porozuměl(a)?**

Tabulka 8a Ověření edukace

Ověření edukace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	51	85,00 %
Ne	9	15,00 %
Celkem	60	100,00 %

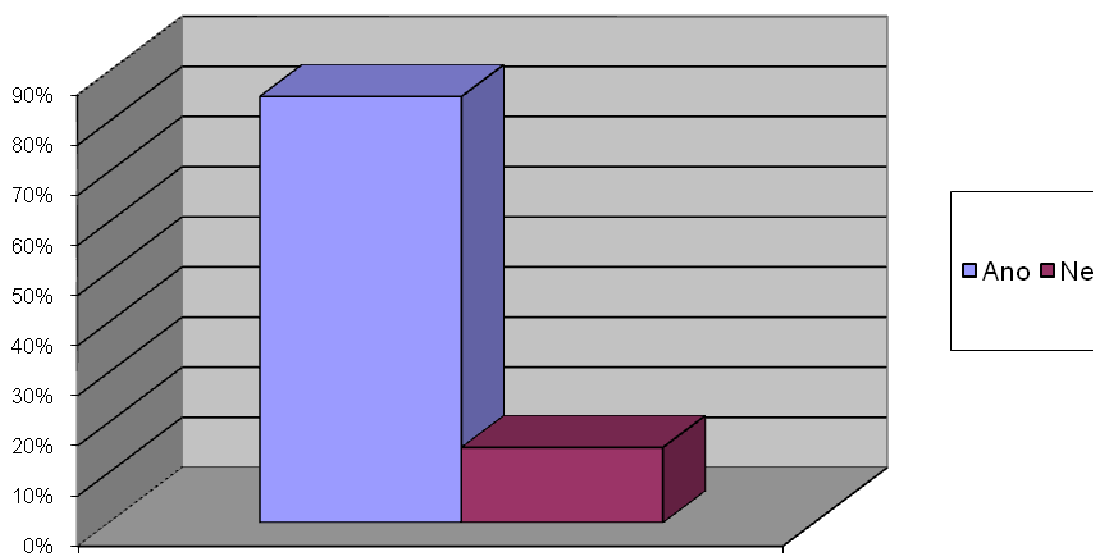
Tabulka 8a popisuje, zda proběhlo ověření edukace (ověření, zda pacient informace pochopil správně), kdy 51 respondentů (85,00 %) odpovědělo ano a 9 respondentů (15,00 %) odpovědělo ne. Pokud respondenti odpověděli ano, tak měli odpovědět, jakým způsobem ověřování proběhlo. Pokračování tabulky 8.

Tabulka 8b Způsoby ověřování

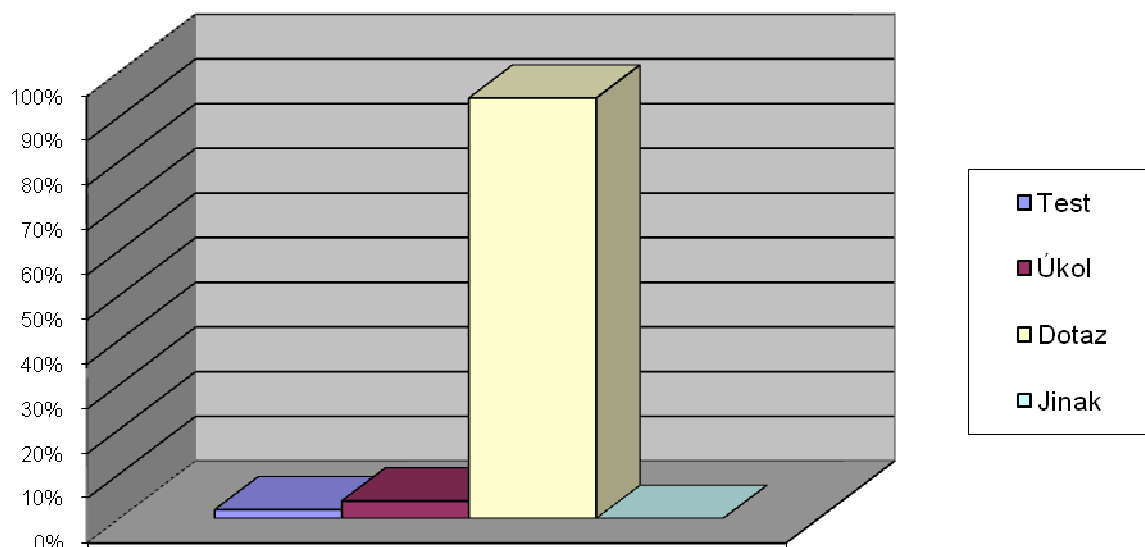
Způsoby ověřování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Písemný test	1	1,96 %
Úkol	2	3,92 %
Dotaz	48	94,12 %
Jinak	0	0,00 %
Celkem	51	100,00 %

Pokračování tabulky 8, jakým způsobem ověřování proběhlo u 51 respondentů (100 %). Nejvíce ověřování proběhlo pomocí dotazu, odpovědělo 48 respondentů (94,12 %), dále úkolem 2 respondenti (3,92 %) a písemným testem odpověděl 1 respondent (1,96 %).

Graf 8a Ověření edukace



Graf 8b Způsoby ověřování



Položka č. 9: V jaké oblasti kdy, kým a v jaké míře jste byl (a) edukován (a) v rámci pooperačního léčebného režimu?

Tabulka 9a Téma edukace (v jaké oblasti), čas edukace (kdy edukováno)

Téma edukace- (v jaké oblasti)	Čas edukace-(kdy edukováno)							
	Při příjmu		Během hospitalizace		Při propuštění		Neproběhla	
Rehabilitace	18	30,00 %	54	90,00 %	12	20,00 %	0	0,00 %
Ošetrovatelská péče	25	41,67 %	46	76,67 %	4	6,67 %	1	1,67 %
Komplikace, diagnóza	48	80,00 %	30	50,00 %	20	33,33 %	0	0,00 %
Výživa, tělesná hmotnost	19	31,67 %	19	31,67 %	23	38,33 %	15	25,00 %
Zajištění potřeb	13	21,67 %	40	66,67 %	11	18,33 %	10	16,67 %
Kompenzační pomůcky	38	63,33 %	48	80,00 %	26	43,33 %	0	0,00 %
Lázeňská léčba	6	10,00 %	54	90,00 %	7	11,67 %	0	0,00 %
Režimová opatření	22	36,67 %	42	70,00 %	33	55,00 %	1	6,67 %

Tabulka 9a ukazuje, v jaké oblasti jsou respondenti edukováni a kdy k edukaci došlo. Při příjmu jsou respondenti nejvíce edukováni v oblasti komplikací, diagnózy (80,00 %), kompenzačních pomůcek (63,33 %), ošetrovatelské péče (41,67 %) a režimových opatření (36,67 %). Nejméně v oblastech výživy (31,67 %), zajištění potřeb (21,67 %), rehabilitace (30,00 %) a lázeňské léčby (10,00 %). Během hospitalizace je nejvíce respondentů edukováno v oblastech rehabilitace a lázeňské léčby (90,00 %), kompenzačních pomůcek (80,00 %), ošetrovatelské péče (76,67 %), režimových opatření (70,00 %) a zajištění potřeb (66,67 %). Nejméně se edukace během hospitalizace týká podle respondentů oblasti komplikací (50,00 %) a výživy (31,67 %). Při propuštění je edukace nejvíce řešena v oblastech režimových opatření (55,00 %), kompenzačních pomůcek (43,33 %), výživy a tělesné hmotnosti (38,33 %), komplikací (33,33 %) a rehabilitace (20,00 %). Nejméně při propuštění zasahuje edukace do oblasti zajištění potřeb (18,33 %), lázeňské péče (11,67 %) a ošetrovatelské péče (6,67 %). Nejvíce respondentů udává, že edukace neproběhla v oblastech výživy a tělesné hmotnosti (25,00 %) a zajištění potřeb (16,67 %).

Tabulka 9b Téma edukace, průměrná známka

Téma edukace-(v jaké oblasti)	Průměrná známka
Rehabilitace	1,467
Ošetrovatelská péče	1,35
Komplikace, diagnóza	1,333
Výživa, tělesná hmotnost	1,067
Zajištění potřeb	1,25
Kompenzační pomůcky	1,283
Lázeňská léčba	1,333
Režimová opatření	1,767

Tabulka 9b popisuje Téma jednotlivých oblastí edukace a průměrnou známku, jakou dali respondenti v oblastech edukace.

Tabulka 9c Téma edukace, a kdo edukaci provedl

Téma edukace- (v jaké oblasti)	Kdo edukaci provedl							
	Lékař		Sestra		Fyzioterapeut		Nutriční terapeut	
Rehabilitace	16	26,67 %	45	75,00 %	55	91,67 %	0	0,00 %
Ošetrovatelská péče	31	51,67 %	52	86,67 %	2	3,33 %	0	0,00 %
Komplikace, diagnóza	59	98,33 %	6	10,00 %	2	3,33 %	0	0,00 %
Výživa, tělesná hmotnost	29	48,33 %	39	65,00 %	2	3,33 %	2	3,33 %
Zajištění potřeb	11	18,33 %	43	71,67 %	7	11,67 %	0	0,00 %
Kompenzační pomůcky	27	45,00 %	55	91,67 %	28	46,67 %	0	0,00 %
Lázeňská léčba	57	95,00 %	7	11,67 %	4	6,67 %	0	0,00 %
Režimová opatření	42	70,00 %	47	78,33 %	47	78,33 %	0	0,00 %

Tabulka 9c znázorňuje jednotlivá témata edukace a kdo edukaci provedl. V oblasti rehabilitace nejvíce respondenti edukoval fyzioterapeut (91,67 %) a všeobecná sestra (75,00 %). V oblasti ošetrovatelské péče nejvíce edukovala všeobecná sestra (86,67 %). Ohledně komplikací a diagnózy edukoval lékař (98,33 %). V oblasti výživy a tělesné hmotnosti edukovala sestra (65,00 %) a lékař (48,33 %). V oblasti zajištění potřeb provedla edukaci všeobecná sestra (71,67 %). Oblast kompenzačních pomůcek přísluší dle respondentů všeobecné sestře (91,67 %), fyzioterapeutovi (46,67 %) a lékaři (45,00 %). V tématu lázeňské péče edukoval lékař (95,00 %) a v oblasti režimových opatření nejvíce edukoval fyzioterapeut, a všeobecná sestra (78,33 %) i lékař (70,00 %).

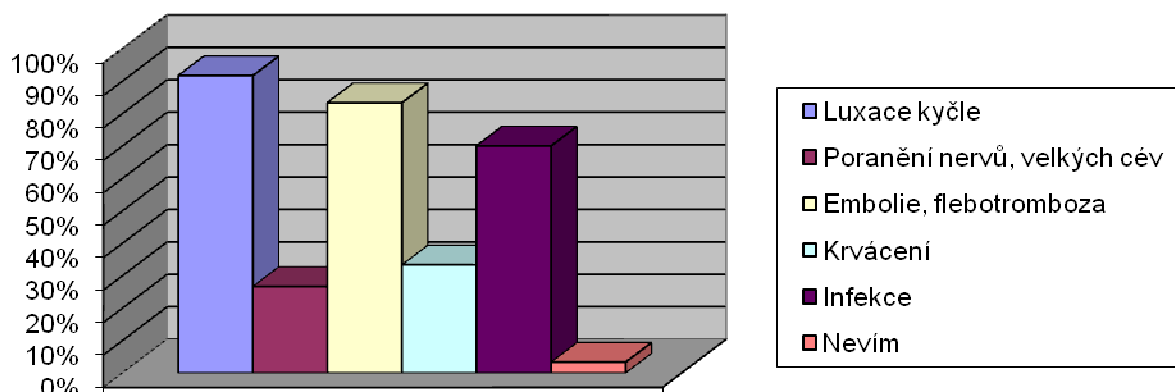
Položka č. 10: Mezi komplikace po TEP kyčelního kloubu patří. (více možných odpovědí).

Tabulka 10 Komplikace po TEP kyčelního kloubu–vědomosti respondentů

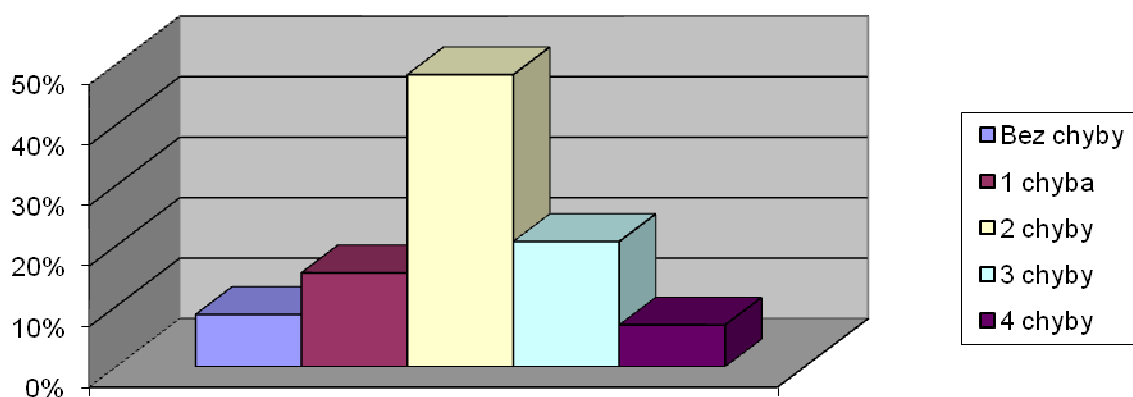
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Luxace kyčle	55	91,67 %
Poranění nervu, cévy	16	26,67 %
Embolie, flebotrombóza	50	83,33 %
Krvácení	20	33,33 %
Infekce	42	70,00 %
Nevím	2	3,33 %

Tabulka 10 znázorňuje vědomosti respondentů v oblasti komplikací po TEP kyčelního kloubu. Respondenti v celkovém počtu 60 (100 %) měli na výběr více možných odpovědí. Nejvíce respondentů 55 (91,67 %) odpovědělo luxaci kyčle, 50 respondentů (83,33 %) uvedlo embolii, flebotrombózu, 42 respondentů (70,00 %) odpovědělo infekci. Krvácení uvedlo pouze 20 respondentů (33,33 %) a poranění nervu nebo cévy 16 respondentů (26,67 %), 2 respondenti (3,33 %) neodpověděli, co patří mezi komplikace po TEP kyčle. Z výpočtů vyplývá, že bez chyby odpovědělo 5 (8,62 %) respondentů, 1 chybu mělo 9 respondentů (15,52 %), 2 chyby 28 (48,28 %) respondentů, 3 chyby 12 (20,69 %) respondentů, 4 chyby 4 (6,90 %) respondenti.

Graf 10a Komplikace po TEP kyčelního kloubu–vědomosti respondentů



Graf 10b Počet chyb v otázce 10

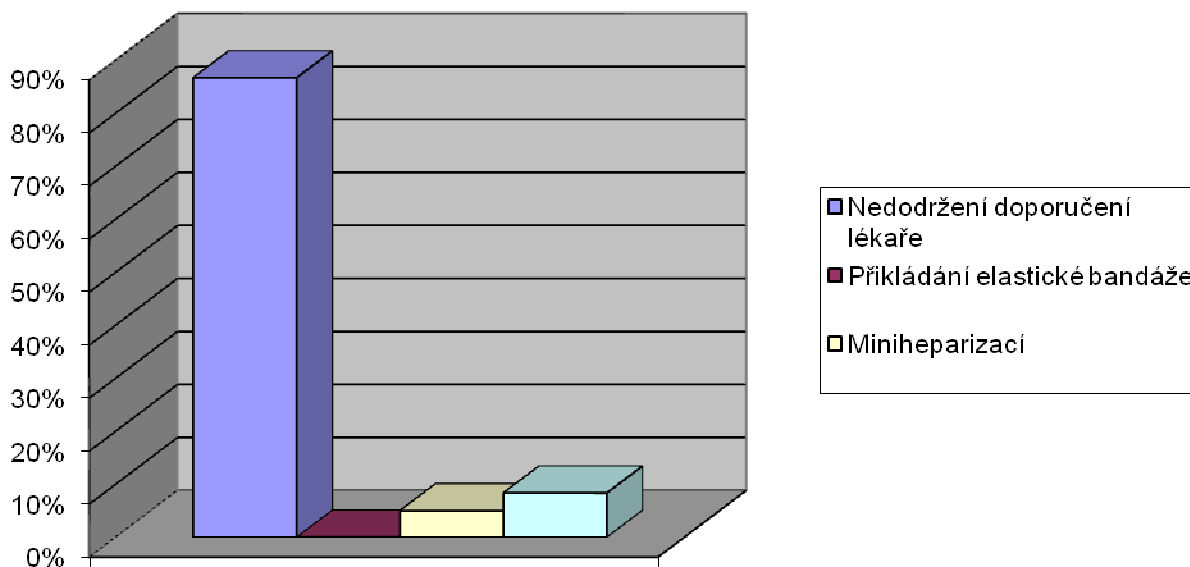
**Položka č. 11: Embolie může vzniknout následkem:**

Tabulka 11 Příčiny vzniku embolie–vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedodržení doporučení	52	86,67 %
Příkládání bandáže	0	0,00 %
Miniheparinizace	3	5,00 %
Nevím	5	8,33 %
Celkem	60	100,00 %

Tabulka 11 ukazuje příčiny vzniku embolie, kdy 52 respondentů (86,67 %) uvedlo správně nedodržení doporučení lékaře, 3 respondenti (5,00 %) odpověděli nesprávně miniheparinizaci, 5 respondentů (8,33 %) neuvedlo příčiny vzniku embolie.

Graf 11 Příčiny vzniku embolie–vědomosti respondentů



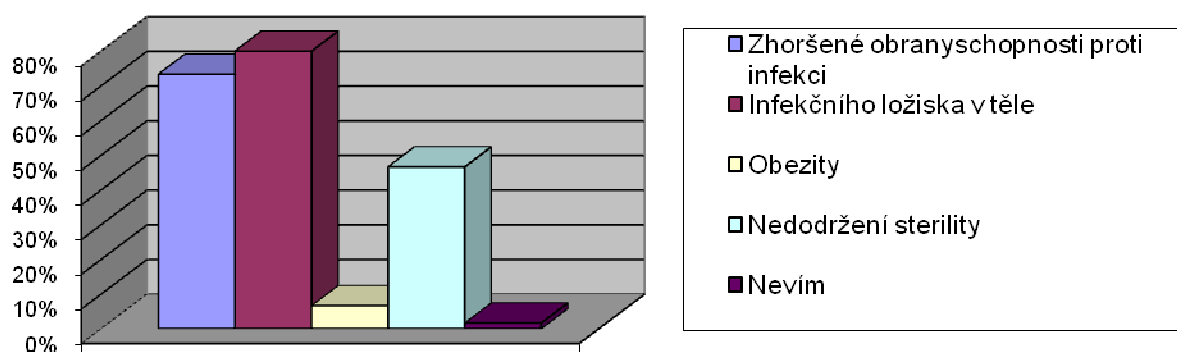
Položka č. 12: K infekci může dojít následkem: (více možných odpovědí)

Tabulka 12 Příčiny vzniku infekce–vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zhoršená obrana-schopnost proti infekci	44	73,33 %
Infekční ložisko v těle	48	80,00 %
Obezita	4	6,67 %
Nedodržení sterility	28	46,67 %
Nevím	1	1,67 %

Tabulka 12 vyjadřuje příčiny vzniku infekce. Celkový počet respondentů byl 60 (100 %). Respondenti měli na výběr více možných odpovědí. Nejvíce, 48 respondentů (80,00 %) uvedlo, že k infekci může dojít následkem infekčního ložiska v těle, 44 respondentů (73,33 %) uvedlo zhoršenou obranyschopnost, 28 respondentů (46,67 %) uvedlo nedodržení sterility a 4 respondenti (6,67 %) odpověděli obezitě, 1 respondent (1,67 %) neuvedl příčinu infekce. Správně odpovědělo 16 respondentů (26,67 %), částečně správně odpovědělo 39 (65,00 %) respondentů, 4 (6,67 %) respondenti odpověděli nesprávně, 1 (1,67 %) respondent neuvedl příčinu infekce.

Graf 12 Příčiny vzniku infekce–vědomosti respondentů



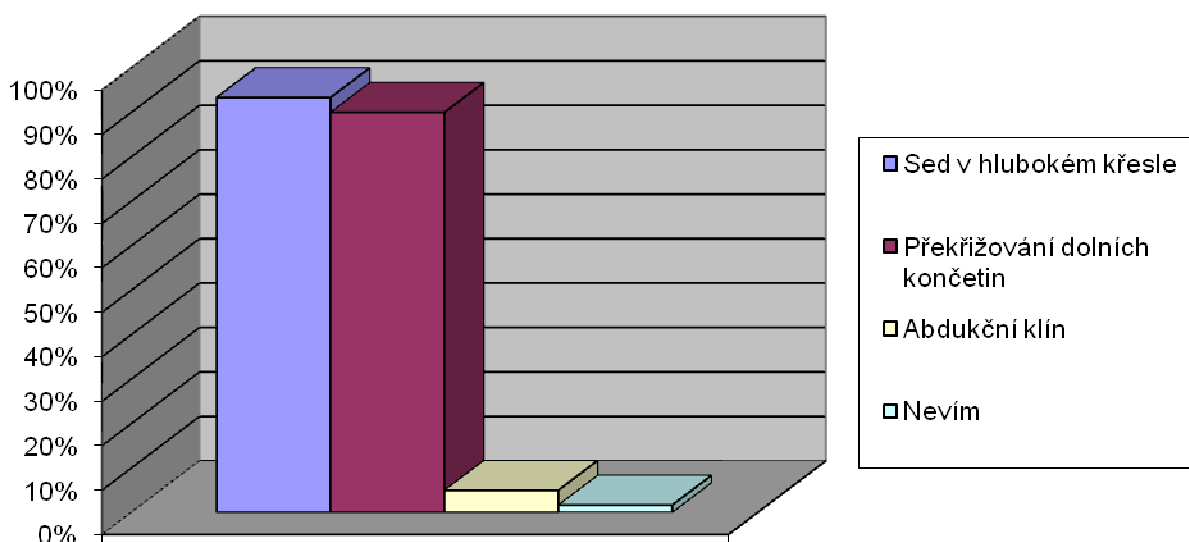
Položka č. 13: Jaké mechanismy vedou k vykloubení endoprotézy: (více možných odpovědí).

Tabulka 13 Mechanismy vedoucí k vykloubení endoprotézy–vědomosti respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sed v hlubokém křesle	56	93,33 %
Překřížování dolních končetin	54	90,00 %
Abdukční klín mezi kolenními	3	5,00 %
Nevím	1	1,67 %

Tabulka 13 udává mechanismy vedoucí k vykloubení endoprotézy. Respondenti měli na výběr více možných odpovědí. Celkem 60 respondentů (100 %). Nejvíce respondentů, 56 (93,33 %) odpovědělo sed v hlubokém křesle, 54 respondentů (90,00 %) uvedlo překřížování dolních končetin, 3 respondenti (5,00 %) uvedli abdukční klín mezi kolena, 1 respondent (1,67 %) nevedl, jaké jsou mechanismy vedoucí k vykloubení endoprotézy. Správně odpovědělo 48 respondentů (80 %), částečně správně 8 (13,33 %) respondentů, 3 (5,00 %) respondenti nesprávně, 1 respondent (1,67 %) neodpověděl.

Graf 13 Mechanismy vedoucí k vykloubení endoprotézy–vědomosti respondentů



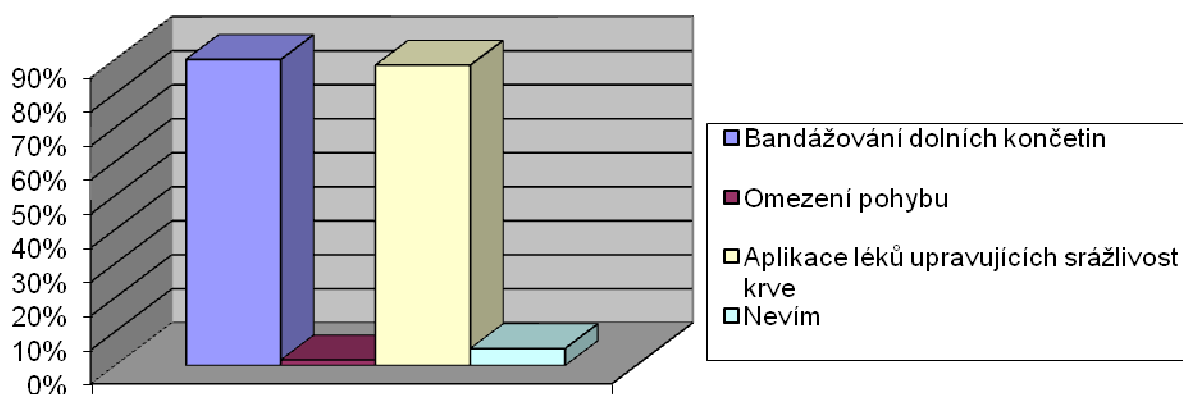
Položka č. 14: Víte, jaká je prevence embolie? (více možných odpovědí)

Tabulka 14 Prevence embolie–vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bandážování dolních končetin	54	90,00 %
Omezení pohybu	1	1,67 %
Miniheparinizace	53	88,33 %
Nevím	3	5,00 %

Tabulka 14 poukazuje na preventivní opatření embolie. Respondenti v celkovém počtu 60 (100 %) mohli určit více možných odpovědí. Nejvíce, 54 respondentů (90,00 %) uvedlo, jako prevenci embolie bandážování dolních končetin, 53 respondentů (88,33 %) odpovědělo podávání miniheparinizace, 1 respondent (1,67 %) uvedl omezení pohybu, 3 respondenti (5,00 %) nevedli, jaká je prevence embolie. Správně odpovědělo 49 respondentů (81,67 %), částečně správně 7 (11,66 %) respondentů, nesprávně 1 (1,67 %) respondent, 3 (5,00 %) respondenti nevedli preventivní opatření embolie.

Graf 14 Prevence embolie–vědomosti respondentů



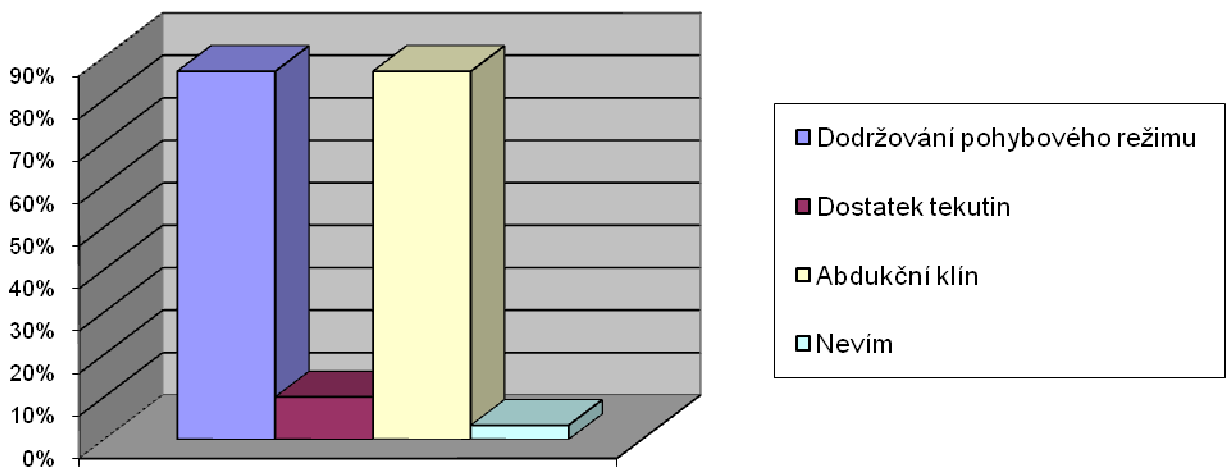
Položka č. 15: Víte, jaká je prevence luxace (vykloubení) endoprotézy? (více možných odpovědí).

Tabulka 15 Prevence luxace endoprotézy–vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dodržování pohybového režimu	52	86,67 %
Dostatek tekutin	6	10,00 %
Abdukční klín mezi koleno	52	86,67 %
Nevím	2	3,33 %

Tabulka 15 udává preventivní opatření luxace endoprotézy. Respondenti měli na výběr více možných odpovědí. Při 60 respondentech (100 %), dodržování pohybového režimu a abdukční klín mezi koleny uvedlo shodně 52 respondentů (86,67 %), 6 respondentů (10,00 %) uvedlo dostatek tekutin a 2 respondenti (3,33 %) neuvěřli, jaká je prevence luxace endoprotézy. Správně odpovědělo 42 respondentů (70 %), částečně správně odpovědělo 10 respondentů (16,67 %), nesprávně 6 (10,00 %) respondentů, neodpověděli 2 respondenti (3,33 %).

Graf 15 Prevence luxace endoprotézy–vědomosti respondentů



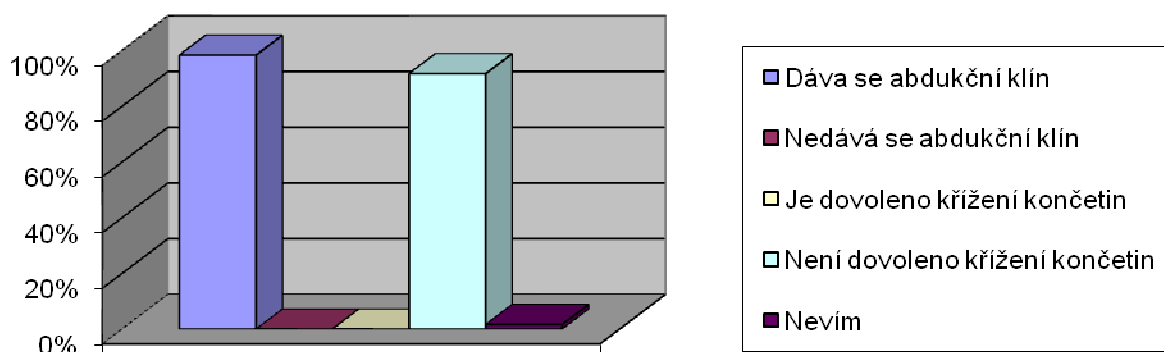
Položka č. 16: Jaké jsou zásady v pooperačním období po TEP kyčelního kloubu: (více možných odpovědí).

Tabulka 16 Zásady po TEP kyčle v pooperačním období–vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dává se abdukční klín	59	98,33 %
Nedává se abdukční klín	0	0,00 %
Je dovoleno křížení končetin	0	0,00 %
Není dovoleno křížení končetin	55	91,67 %
Nevím	1	1,67 %

Tabulka 16 popisuje zásady po TEP kyčle v pooperačním období. Respondenti měli na výběr více možných odpovědí, při 60 respondentech (100%), 59 respondentů (98,33 %) odpovědělo abdukční klín, 55 respondentů (91,67 %) uvedlo jako zásadu, není dovoleno křížení končetin v pooperačním období, 1 respondent (1,67 %) nevedl, jaké jsou zásady v pooperačním období po TEP kyčle. Správně odpovědělo 55 respondentů (91,67 %), částečně správně 4 respondenti (6,67 %), 1 respondent (1,67 %) neodpověděl.

Graf 16 Zásady po TEP kyčle v pooperačním období–vědomosti respondentů



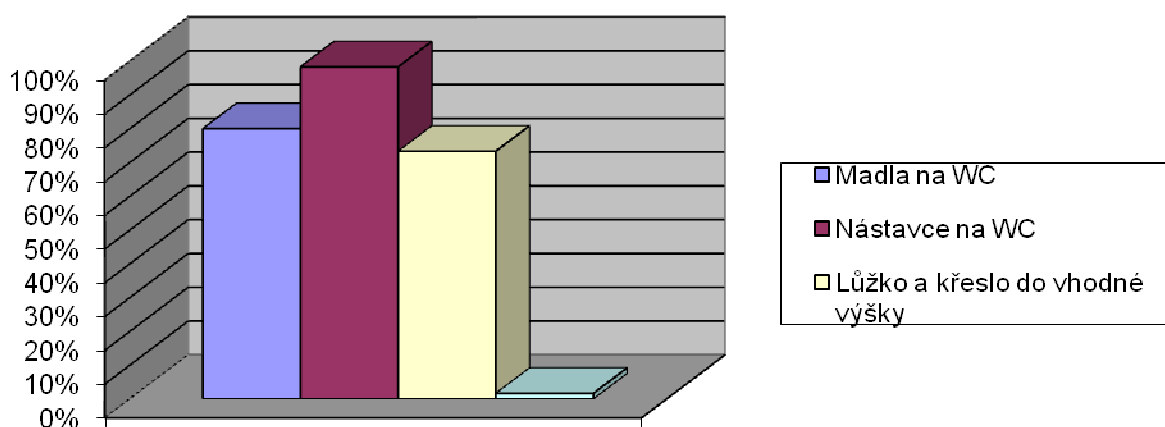
Položka č. 17: Víte, jakými pomůckami by měl být vybaven Váš byt po operaci? (více možných odpovědí).

Tabulka 17 Pomůcky po operaci TEP kyčle–vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Madla na WC	48	80,00 %
Nástavce na WC	59	98,33 %
Lůžko a křeslo do vhodné výšky	44	73,33 %
Nevím	1	1,67 %

Tabulka 17 popisuje pomůcky po operaci TEP kyčle, 60 respondentů (100 %) mělo na výběr více možných odpovědí. Nejvíce respondentů 59 (98,33 %) odpovědělo nástavec na WC. Madla na WC uvedlo 48 respondentů (80,00 %), lůžko a křeslo do vhodné výšky odpovědělo 44 respondentů (73,33 %) 1 respondent (1,67 %) nevedl pomůcky po TEP kyčle. Správně odpovědělo 34 (56,67 %) respondentů, částečně správně odpovědělo 25 (41,67 %) respondentů, 1 respondent (1,67 %) neodpověděl.

Graf 17 Pomůcky po operaci TEP kyčle–vědomosti respondentů



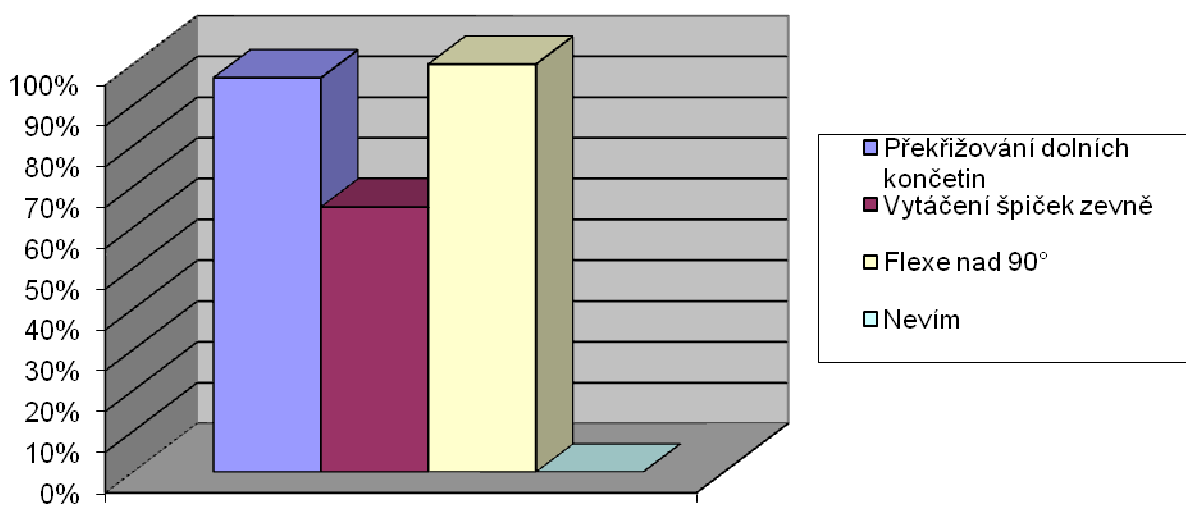
Položka č. 18: Víte, které pohyby jsou po operaci zcela zakázané? (více možných odpovědí).

Tabulka 18 Zakázané pohyby po operaci–vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Překřížování dolních končetin	58	96,67 %
Vytáčení špiček zevně	39	65,00 %
Flexe nad 90°	60	100,00 %
Nevím	0	0,00 %

Tabulka 18 vystihuje zakázané pohyby po operaci TEP kyčle. Respondenti v počtu 60 (100 %), mohli určit více možných odpovědí, 60 respondentů (100,00 %) uvedlo flexi nad 90°, 58 respondentů (96,67 %) uvedlo překřížování dolních končetin a 39 respondentů (65,00 %) odpovědělo vytáčení špiček zevně. Správně odpovědělo 37 (61,67 %) respondentů, neúplně 23 (38,33 %) respondentů.

Graf 18 Zakázané pohyby po operaci–vědomosti respondentů



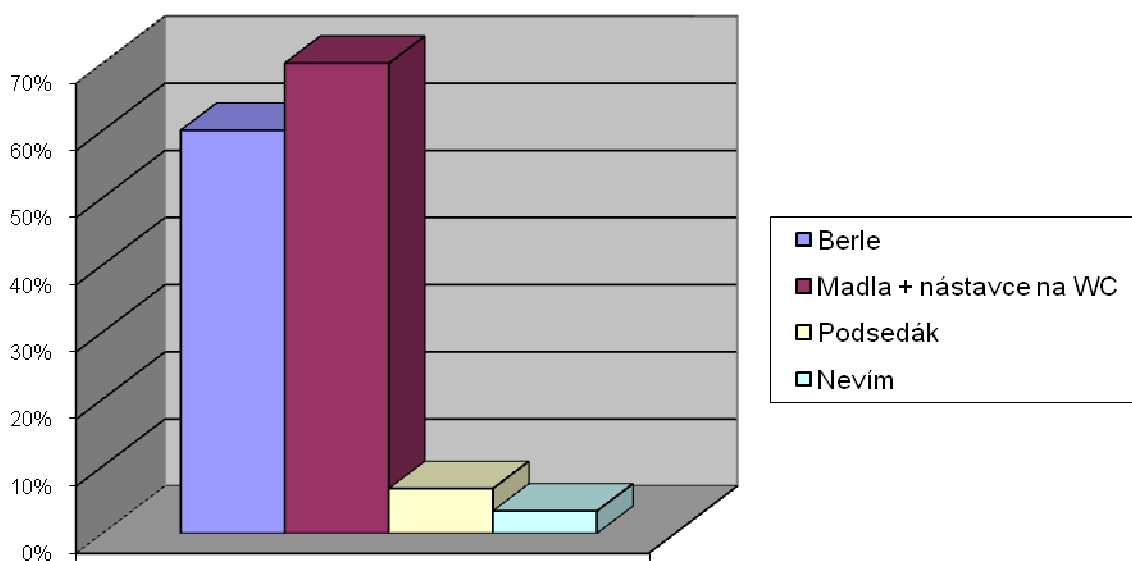
Položka č. 19: Napište, jaké kompenzační pomůcky je nutné v pooperačním období používat.

Tabulka 19 Kompenzační pomůcky v pooperačním období–vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Berle	36	60,00 %
Madla+nástavec na WC	42	70,00 %
Podsedač	4	6,67 %
Nevím	2	3,33 %

Tabulka 19 popisuje kompenzační pomůcky v pooperačním období. Na tuto otázku měli respondenti napsat kompenzační pomůcky, které je nutné používat v pooperačním období, 60 respondentů (100 %). Nejvíce respondentů 42 (70,00 %) uvedlo madla + nástavce na WC, berle uvedlo 36 respondentů (60,00 %), podsedač odpověděli 4 respondenti (6,67 %), 2 respondenti (3,33 %) nevedli žádnou pomůcku.

Graf 19 Kompenzační pomůcky v pooperačním období–vědomosti respondentů



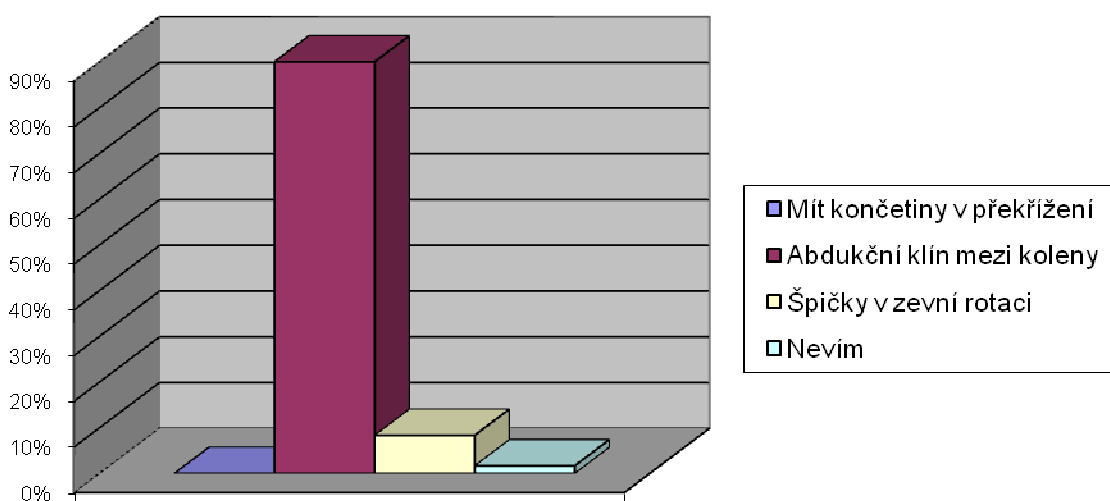
Položka č. 20: Při poloze na zádech, otáčení a posazování je nutné dodržovat:

Tabulka 20 Zásady v poloze na zádech, při otáčení, posazování–vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dolní končetiny v překřížení	0	0,00 %
Abdukční klín mezi koleny	54	90,00 %
Špičky v zevní rotaci	5	8,33 %
Nevím	1	1,67 %
Celkem	60	100,00 %

Tabulka 20 poukazuje na dodržení zásad v poloze na zádech, při otáčení, posazování, kdy 54 respondentů (90 %) odpovědělo na tuto zásadu abdukční klín mezi koleny, 5 respondentů (8,33 %) uvedlo špičky v zevní rotaci a 1 respondent (1,67 %) nevedl, co je nutné dodržovat v poloze na zádech, otáčení, posazování. Správně odpovědělo 54 respondentů (90 %), nesprávně 5 respondentů (8,33 %), 1 respondent (1,67 %) neodpověděl.

Graf 20 Zásady v poloze na zádech, při otáčení, posazování–vědomosti respondentů



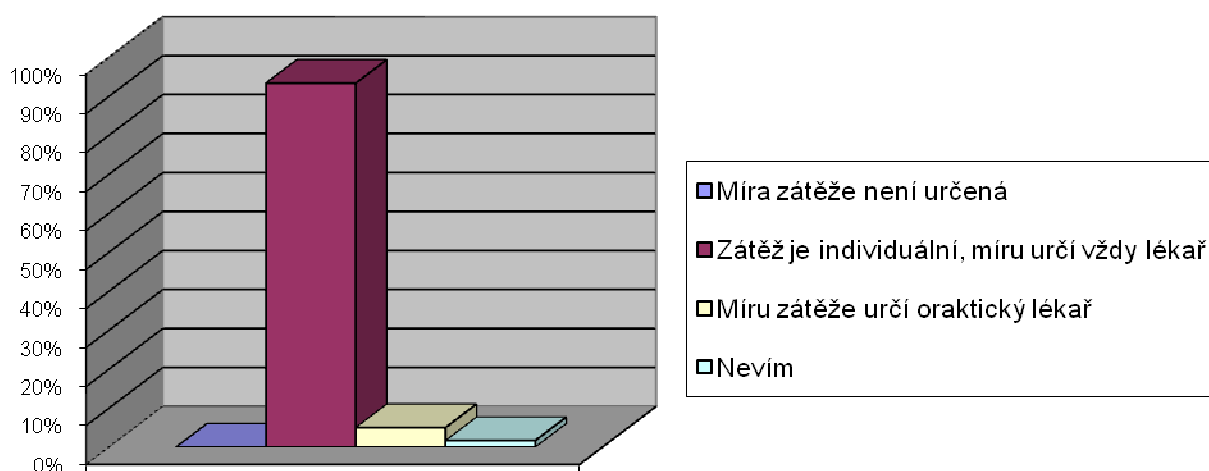
Položka č. 21: Do jaké míry můžete dolní končetinu zatěžovat:

Tabulka 21 Míra zatížení dolní končetiny po operaci TEP kyčle–vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Míra zátěže není určena	0	0,00 %
Zátěž je individuální, míru vždy určí lékař	56	93,33 %
Míru zátěže určí praktický lékař	3	5,00 %
Nevím	1	1,67 %
Celkem	60	100,00 %

Tabulka 21 znázorňuje míru zatížení dolní končetiny po operaci TEP kyčle. Celkem 60 respondentů (100 %). Nejvíce respondentů 56 (93,33 %) uvedlo, že zátěž po operaci je individuální, ale míru určí vždy lékař, 3 respondenti (5 %) odpověděli, míru určí praktický lékař, 1 respondent (1,67 %) nevedl do jaké míry lze dolní končetinu zatěžovat po operaci TEP kyčle. Správně odpovědělo 56 respondentů (93,33 %), nesprávně 3 respondenti (5 %), 1 respondent (1,67 %) neodpověděl.

Graf 21 Míra zatížení dolní končetiny po operaci TEP kyčle–vědomosti respondentů



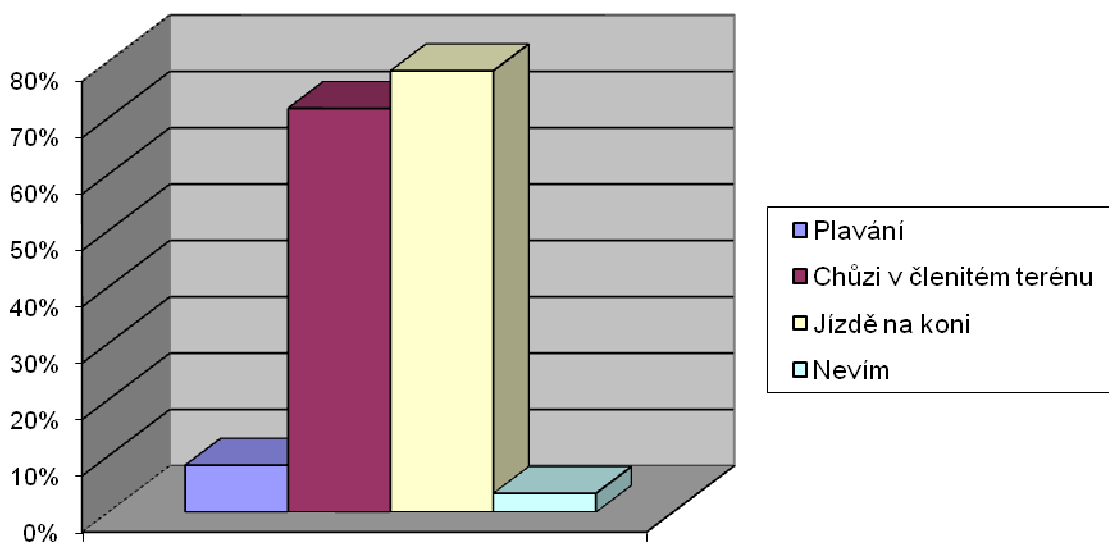
Položka č. 22: Kterým činností je nutné se po operaci kyčle vyhýbat: (více možných odpovědí).

Tabulka 22 Činnosti, kterým je nutné se po operaci vyhýbat–vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plavání	5	8,33 %
Chůze v členitém terénu	43	71,67 %
Jízda na koni	47	78,33 %
Nevím	2	3,33 %

Tabulka 22 ukazuje možné činnosti, kterým je nutné se vyhýbat po operaci TEP kyčle. Respondenti měli na výběr více možných odpovědí. Celkem 60 respondentů (100 %). Nejvíce, 47 respondentů (78,33 %) odpovědělo jízdě na koni, 43 respondentů (71,67 %) uvedlo chůzi v členitém terénu, 5 respondentů (8,33 %) odpovědělo plavání, 2 respondenti (3,33 %) nevedli, kterým činností je nutné se po operaci TEP kyčle vyhýbat. Z průzkumu vyplývá, že 32 respondentů (53,33 %) odpovědělo správně, 21 respondentů (35,00 %) odpovědělo částečně správně, nesprávně odpovědělo 5 respondentů (8,33 %), 2 respondenti (3,33 %) neodpověděli.

Graf 22 Činnosti, kterým je nutné se po operaci vyhýbat–vědomosti respondentů



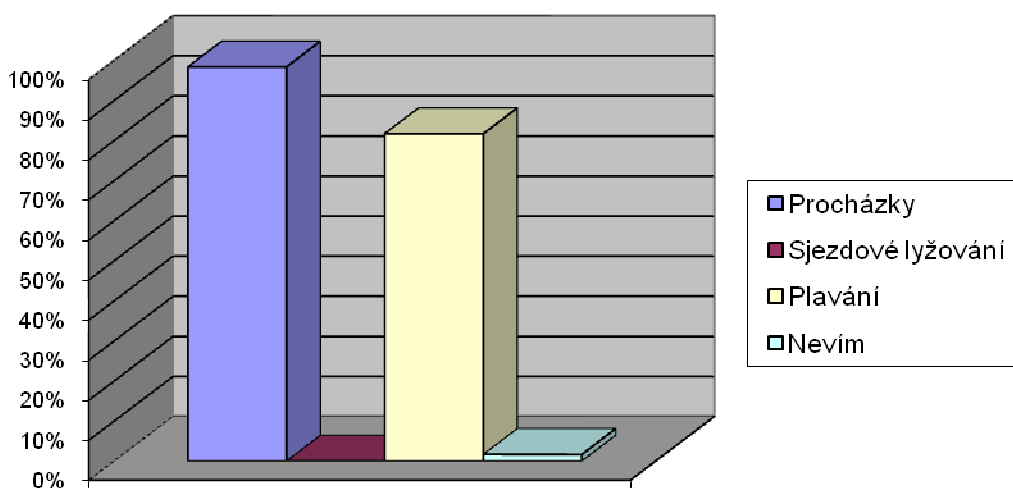
Položka č. 23: Které činnosti jsou naopak po operaci kyčle povoleny: (více možných odpovědí).

Tabulka 23 Činnosti, které jsou po operaci TEP kyčle povoleny–vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Procházky	59	98,33 %
Sjezdové lyžování	0	0,00 %
Plavání	49	81,67 %
Nevím	1	1,67 %

Tabulka 23 popisuje možné činnosti, které jsou po operaci TEP kyčle povoleny. Respondenti měli na výběr více možných odpovědí, 60 respondentů (100 %). Nejvíce, 59 respondentů (98,33 %) uvedlo procházky, 49 respondentů (81,67 %) odpovědělo plavání, 1 respondent (1,67 %) nevěděl, které činnosti jsou po operaci TEP kyčle povoleny. Všechny správné odpovědi uvedlo 49 respondentů (81,67 %), částečně správně odpovědělo 10 respondentů (16,67 %), 1 respondent (1,67 %) neodpověděl.

Graf 23 Činnosti, které jsou po operaci TEP kyčle povoleny–vědomosti respondentů



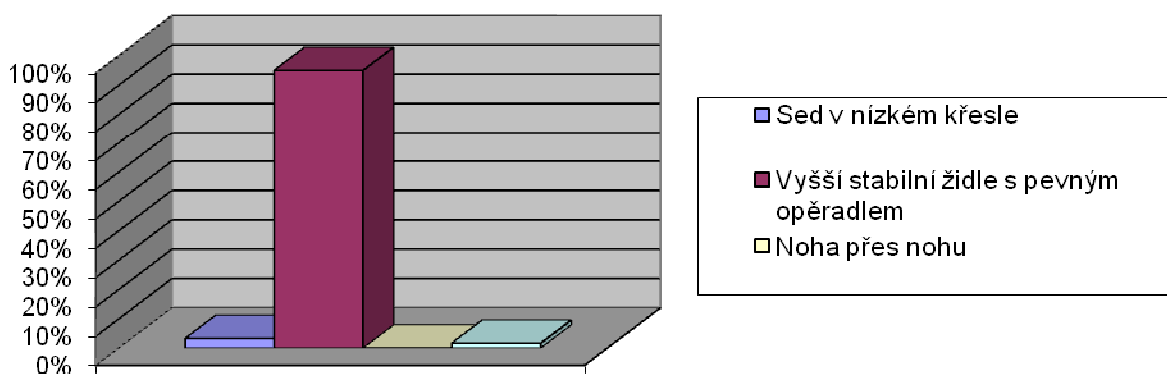
Položka č. 24: Jaký je správný sed na židli po operaci kyčle:

Tabulka 24 Správný sed na židli po operaci kyčle—vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sed v nízkém křesle	2	3,33 %
Vyšší stabilní židle s pevným opěradlem	57	95,00 %
Noha přes nohu	0	0,00 %
Nevím	1	1,67 %
Celkem	60	100,00 %

Tabulka 24 znázorňuje, jaký je správný sed na židli po operaci TEP kyčle. Celkem 60 respondentů (100 %), kdy 57 respondentů (95 %) odpovědělo správně, vyšší stabilní židli s pevným opěradlem, 2 respondenti (3,33 %) odpověděli nesprávně, sed v nízkém křesle, 1 respondent (1,67 %) nevedl správný sed na židli po operaci TEP kyčle.

Graf 24 Správný sed na židli po operaci kyčle—vědomosti respondentů



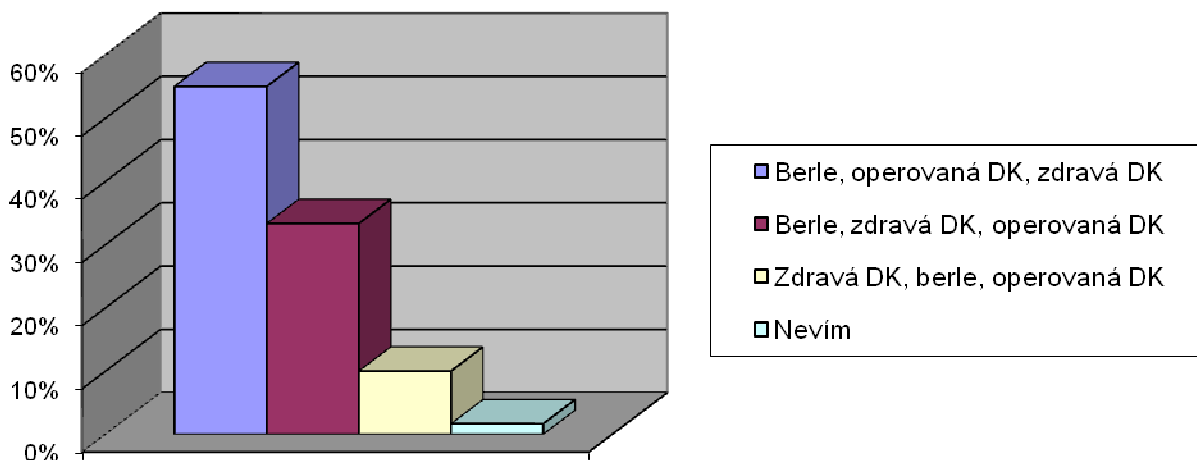
Položka č. 25: Jaký je správný postup při chůzi o berlích po rovině:

Tabulka 25 Správný postup při chůzi o berlích po rovině–vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Berle, operovaná DK, zdravá DK	33	55,00 %
Berle, zdravá DK, operovaná DK	20	33,33 %
Zdravá DK, berle, operovaná DK	6	10,00 %
Nevím	1	1,67 %
Celkem	60	100,00 %

Tabulka 25 udává možnosti správného postupu při chůzi o berlích po rovině po operaci TEP kyčle. Celkem 60 respondentů (100 %). Postup berle, operovaná DK, zdravá DK uvedlo správně 33 respondentů (55,00 %), tvoří tak největší skupinu, 20 respondentů (33,33 %) odpovědělo nesprávný postup berle, zdravá DK, operovaná DK, 6 respondentů (10,00 %) uvedlo také nesprávnou odpověď, zdravá DK, berle, operovaná DK, 1 respondent (1,67 %) neuvedl správný postup při chůzi o berlích po rovině. Správně odpovědělo 33 respondentů (55 %), nesprávně 26 respondentů (43,33 %), 1 respondent (1,67 %) neuvedl.

Graf 25 Správný postup při chůzi o berlích po rovině–vědomosti respondentů

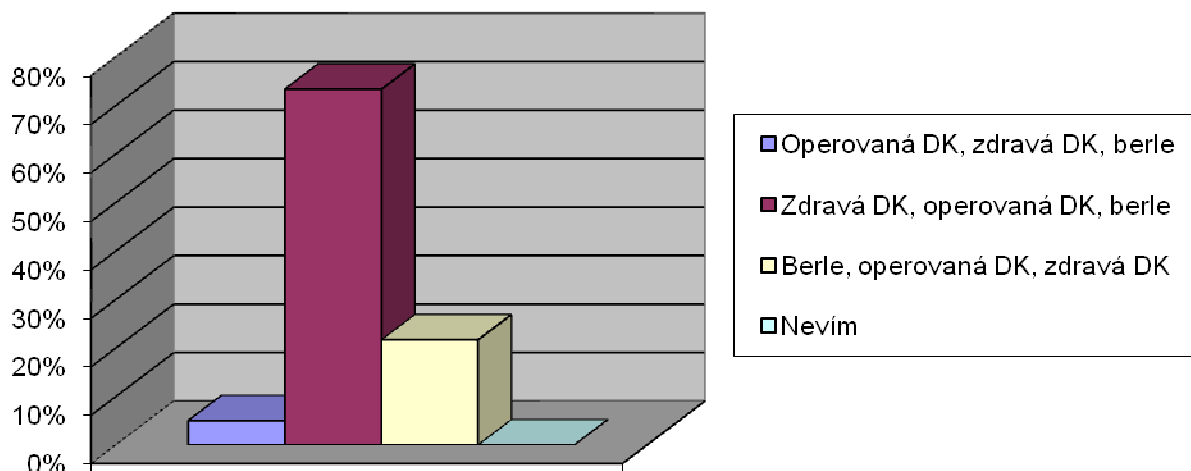
**Položka č. 26: Jaký je správný postup při chůzi o berlích do schodů:**

Tabulka 26 Správný postup při chůzi o berlích do schodů–vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Operovaná DK, zdravá DK, berle	3	5,00 %
Zdravá DK, operovaná DK, berle	44	73,33 %
Berle, operovaná DK, zdravá DK	13	21,67 %
Nevím	0	0,00 %
Celkem	60	100,00 %

Tabulka 26 popisuje možnosti správného postupu při chůzi o berlích do schodů po operaci TEP kyčle. Celkem 60 respondentů (100 %). Postup zdravá DK, operovaná DK, berle uvedlo správně 44 (73,33 %) respondentů, 13 respondentů (21,67 %) odpovědělo nesprávný postup berle, operovaná DK, zdravá DK a 3 respondenti (5,00 %) uvedli také nesprávný postup operovaná DK, zdravá DK, berle. Správně odpovědělo 44 respondentů (73,33 %), nesprávně 16 respondentů (26,67 %).

Graf 26 Správný postup při chůzi o berlích do schodů–vědomosti respondentů

**Položka č. 27: Správný postup při chůzi o berlích ze schodů:**

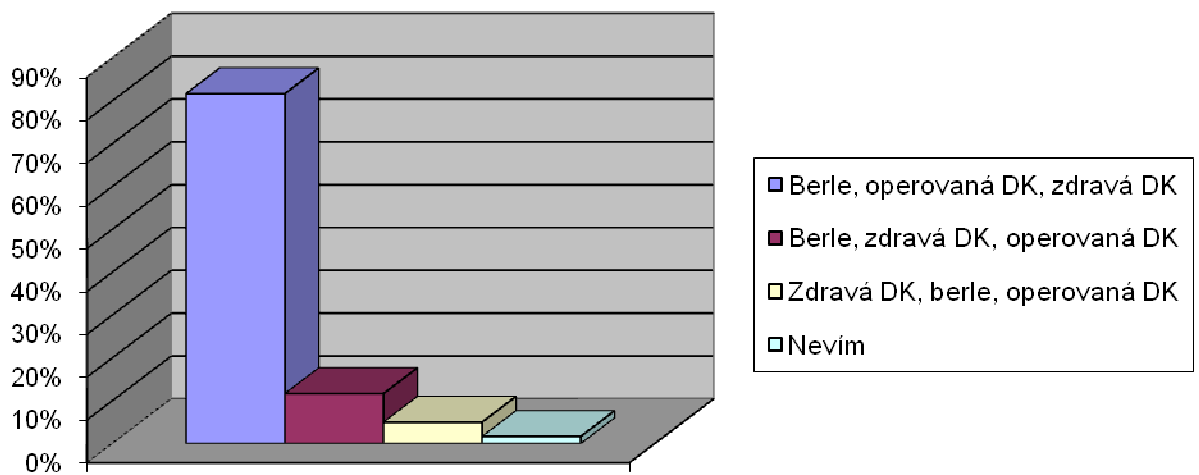
Tabulka 27 Správný postup při chůzi o berlích ze schodů–vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Berle, operovaná DK, zdravá DK	49	81,67 %
Berle, zdravá DK, operovaná DK	7	11,67 %
Zdravá DK, berle, operovaná DK	3	5,00 %
Nevím	1	1,67 %
Celkem	60	100,00 %

Tabulka 27 popisuje možnosti správného postupu při chůzi o berlích ze schodů. Celkem 60 respondentů (100 %). Správný postup berle, operovaná DK, zdravá DK uvedlo 49 respondentů (81,67 %), 7 respondentů (11,67 %) uvedlo nesprávný postup berle, zdravá DK, operovaná DK, 3 respondenti (5,00 %) uvedli také nesprávný postup zdravá DK, berle, operovaná DK, 1 respondent neuvedl, postup při chůzi o berlích ze schodů. Správně

odpovědělo 49 respondentů (81,67 %), nesprávně odpovědělo 10 respondentů (16,67 %), 1 respondent (1,67 %) neodpověděl.

Graf 27 Správný postup při chůzi o berlích ze schodů–vědomosti respondentů



DISKUSE

Tématem bakalářské práce byla edukace pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Práce se dělí na teoretickou a praktickou část. V rámci praktické části bylo zpracováno průzkumné šetření, které mělo zodpovědět otázku, zda jsou pacienti přijatí na ortopedické oddělení v nemocnici Přerov, za účelem totální endoprotézy kyčelního kloubu dostatečně informováni o pooperační péči a možných komplikacích. Dílčími cíli bylo zjistit, jaké mají pacienti vědomosti o pooperačním léčebném režimu. Dalším cílem bylo zjistit, jaké mají pacienti vědomosti o komplikacích, které mohou po TEP kyčle vzniknout a možné prevenci, jak jim předcházet. Třetím cílem bylo zmapovat komponenty edukační lekce, které jsou využívány na ortopedickém oddělení.

„V ČR je ročně implantováno přes 10 000 totálních endoprotéz“ (Příkryl, 2009, s. 167). Podle statistiky jsou totální endoprotézy kyčelního kloubu implantovány více ženám (59,9 %) než mužům (40,1 %).

V rámci našeho průzkumného šetření provedeného od února do dubna 2011 u 60 respondentů, byli nejvíce zastoupeni respondenti ve věku 71—80 let (50,00 %), více ženy (53,33 %) než muži (46,67 %). Co se týká vzdělání, nejpočetněji byla v našem průzkumném šetření zastoupena skupina respondentů se středoškolským vzděláním ukončeným maturitou (56,67 %). *V průzkumném šetření Tomáše Vašíčka (2009, online), které bylo zaměřené na zjištění problematiky informovanosti klientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu, byli nejvíce zastoupeni respondenti ve věku 51—65 let (50,68 %) a více, byly také zastoupeny ženy (50,68 %) než muži (49,32 %), i když v nepatrném rozdílu.*

Cíl 1 zjistit vědomosti o pooperačním léčebném režimu po TEP kyčelního kloubu

K tomuto cíli bylo nabídnuto respondentům 12 položek, u některých měli respondenti na výběr více možných odpovědí. Na otázku, jaké jsou zásady v pooperačním období po TEP kyčle, odpovědělo 59 (98,33 %) respondentů abdukční klín, 55 (91,67 %) respondentů, že není dovoleno křížení končetin, 1 (1,67 %) respondent neodpověděl. Z toho vyplývá, že správně odpovědělo 55 respondentů (91,67 %), částečně správně 4 respondenti (6,67 %), 1 respondent (1,67 %) neodpověděl.

Sosna (2003) ve své publikaci uvádí, „Po operaci je bezpodmínečně nutné dodržení stran polohy operované končetiny na lůžku. Vyvarovat se překřížování dolních končetin. Je nutné

respondentům tyto zásady stále opakovat a kontrolovat polohu operované končetiny při každé příležitosti“.

Na otázku, jakými pomůckami, by měl být vybaven byt po operaci kyčle, odpovědělo 59 (98,33 %) respondentů nástavec na WC, madla uvedlo 48 respondentů (80,00 %) a křeslo a lůžko do vhodné výšky uvedlo 44 (73,33 %) respondentů, 1 respondent neodpověděl. Správně odpovědělo 34 (56,67 %) respondentů, částečně správně odpovědělo 25 (41,67 %) respondentů, 1 respondent (1,67 %) neodpověděl.

Přítom Sosna (2003) uvádí „Je vhodné dovybavit byt o nezbytné doplňky, jako jsou madla, nástavce na WC, křeslo a lůžko do vhodné výšky“. Pacienti jsou informováni o kompenzačních pomůckách i prostřednictvím internetových stránek Nemocnice Přerov.

V otázce zakázaných pohybů po operaci TEP kyčle odpovědělo z nabídnutých možností, 60 (100,00 %) respondentů flexi nad 90°, 58 (96,67 %) respondentů překřížování dolních končetin a jen 39 (65,00 %) respondentů vytáčení špiček zevně. Zcela správně odpovědělo 37 (61,67 %) respondentů, neúplně odpovědělo 23 (38,33 %) respondentů. Také tady byla možnost uvést více možných odpovědí.

Přikryl (2009) lékař z ortopedického oddělení z Nemocnice Přerov ve svém odborném článku také na tuto edukační zásadu upozornil, kdy uvedl „Učíme pacienty nevytáčet chodidlo zevně a tam, kam směřuje osa těla, tam musí směřovat i chodidlo“. Je proto překvapivé, že jen 39 respondentů vědělo, že nesmí vytáčet špičky zevně.

Otázka kompenzačních pomůcek tvoří důležitou součást edukace pacienta. Tvoří ji pomůcky pro zjednodušení denních aktivit a sebeobsluhy v pooperačním období. Otázku, týkající se kompenzačních pomůcek, které je nutné používat v pooperačním období, měli respondenti doplnit. Nejvíce respondentů, 42 (70,00 %) uvedlo madla + nástavce na WC, berle odpovědělo 36 respondentů (60,00 %), podsedák uvedli 4 respondenti (6,67 %), 2 respondenti (3,33 %) nenapsali žádnou z pomůcek. Z doplněných údajů se dá konstatovat, že respondenti nebyli zcela dostatečně edukováni v oblasti všech kompenzačních pomůcek. *Dle Vašíčka (2009, online) je (87,67 %) respondentů informováno o kompenzačních pomůckách a (80,82 %) respondentům podány informace týkající se nutnosti úprav bytu. V tomto směru je edukace na dobré úrovni.*

Zásady při poloze na zádech, při otáčení a polohování zná 54 respondentů (90 %). Těchto, 54 respondentů uvedlo jako jedinou správnou odpověď abdukční klín mezi kolena, 5 respondentů (8,33 %) uvedlo chybně špičky v zevní rotaci a 1 respondent (1,67 %) neuměl odpovědět otázku. Správně odpovědělo 54 respondentů (90 %), nesprávně 5 respondentů (8,33 %), 1 respondent (1,67 %) neodpověděl.

Ve výzkumu Vašíčka (2009, online) pokládalo polštářek (abdukční klín) mezi kolena za nutný 97,26 % respondentů.

Dle Přikryla (2009, s. 168) „Je zakázáno jakékoliv křížení nohou, při ležení na zdravém boku mají pacienti polštář (abdukční klín) mezi kolena, aby zpočátku hůře ovladatelná operovaná končetina vlastní vahou nekřížila tu neoperovanou“.

Na otázku míry zatížení dolní končetiny po operaci TEP kyčle správně odpovědělo 56 respondentů (93,33 %). Zátěž po operaci je individuální, ale míru určí vždy lékař. Nesprávně odpověděli 3 respondenti (5 %), 1 respondent (1,67 %) neodpověděl.

Přikryl (2009, s. 168) uvádí „Veškerá rozhodnutí ohledně zatěžování dolní končetiny jsou přísně individuální a spadají do kompetence operátora, který náhradu operoval a provádí její kontroly včetně RTG“.

Otázka činností, kterým je nutno se po operaci TEP kyčle vyhýbat, je pochopitelně velmi častá a důležitá. S touto skutečností musí být seznámen každý pacient, který prodělal operaci TEP kyčle. Nejvíce respondentů odpovědělo jízdu na koni, a to 47 respondentů (78,33 %). Druhou největší skupinou bylo 43 respondentů (71,67 %), kteří uvedli chůzi v členitém terénu, 5 respondentů (8,33 %) odpovědělo plavání, 2 respondenti (3,33 %) neuvedli činnosti, kterým je nutné se po operaci TEP kyčle vyhýbat. Z průzkumu vyplývá, že 32 respondentů (53,33 %) odpovědělo správně, 21 respondentů (35,00 %) odpovědělo částečně správně, nesprávně odpovědělo 5 respondentů (8,33 %), 2 respondenti (3,33 %) neodpověděli. Naopak činnosti, které jsou po operaci TEP kyčle povoleny. Nejvíce, 59 respondentů (98,33 %) uvedlo procházky, 49 respondentů (81,67 %) uvedlo plavání, 1 respondent (1,67 %) neuvedl činnosti, které jsou po operaci TEP kyčle povoleny. Plně správně, tedy všechny správné odpovědi uvedlo 49 respondentů (81,67 %), částečně odpovědělo 10 respondentů (16,67 %), 1 respondent (1,67 %) neodpověděl.

Ve výzkumu Vašíčka (2009, online) odpovědělo 78,08 % respondentů, jako jednu ze

zakázaných činností právě jízdu na koni. Naopak, jako činnost povolenou uvedlo 97,26 % respondentů plavání.

Sosna (2003) uvádí jízdu na koni, jako činnost, které by se měl pacient vyvarovat. Naopak mezi vhodné činnosti po TEP kyčle patří plavání.

Celkem 57 respondentů (95 %) odpovědělo správně, když uvedli, že sed na židli po operaci TEP kyčle je na vyšší stabilní židli s pevným opěradlem, 2 respondenti (3,33 %) odpověděli chybně sed v nízkém křesle, 1 respondent (1,67 %) neuvedl správný sed na židli po operaci TEP kyčle.

Ve výzkumu Vašíčka (2009, online) uvedlo 94,52 % respondentů správně vyšší židli s opěrkou a nízkou židli (2,74 %) respondentů, naproti tomu v našem průzkumu odpovědělo (3,33 %) respondentů sed v nízkém křesle.

Příkrýl (2009, s. 168) „Pacienti nesmí zpočátku dřepat, užívají vysoký sed na židli, nástavec na WC či sedačku do vany. Je doporučována vyšší postel s pevnou matrací. Obouvání ponožek a obuvi vyžaduje nácvik, aby bylo provedeno bez velkého předklonu a flexe v kyčli“.

Při nácviku chůze o berlích je důležité dodržení správného stereotypu chůze. Tady dělají pacienti chyby nejčastěji. Na otázku správného postupu při chůzi o berlích po rovině po operaci TEP kyčle správně odpovědělo 33 respondentů (55,00 %), tvoří tak největší skupinu, 20 respondentů (33,33 %) odpovědělo nesprávně, když uvedlo berle, zdravá DK, operovaná DK, 6 respondentů (10,00 %) odpovědělo také chybný postup zdravá DK, berle, operovaná DK, 1 respondent (1,67 %) neuvedl postup při chůzi o berlích po rovině. Překvapivě z tohoto vyplývá, že správně odpovědělo 33 respondentů (55 %), nesprávně 26 respondentů (43,33 %), 1 respondent neodpověděl. Pouze 33 (55 %) respondentů, tedy větší polovina ví správný postup chůze o berlích po rovině.

Další otázka se věnovala správnému postupu při chůzi o berlích do schodů, kdy 44 (73,33 %) respondentů uvedlo správný postup zdravá DK, operovaná DK, berle, 13 respondentů (21,67 %) odpovědělo chybný postup berle, operovaná DK, zdravá DK a 3 respondenti (5,00 %) uvedli nesprávný postup operovaná DK, zdravá DK, berle. Správně odpovědělo 44 respondentů (73,33 %), nesprávně 16 respondentů (26,67 %) a 3 respondenti neodpověděli.

Správný postupu při chůzi o berlích ze schodů. Na odpověď správného postupu berle, operovaná DK, zdravá DK odpovědělo 49 respondentů (81,67 %), 7 respondentů (11,67 %) uvedlo chybný postup berle, zdravá DK, operovaná DK, 3 respondenti (5,00 %) uvedli nesprávný postup zdravá DK, berle, operovaná DK, 1 respondent neuvedl, jaký je postup při chůzi o berlích ze schodů. Správně odpovědělo 49 respondentů (81,67 %), chybně odpovědělo 10 respondentů (16,67 %), 1 respondent neodpověděl.

Podle Příkryla (2009, s. 168) „Je důležitý správný režim, pomůcky a především edukace pacienta v tomto směru. Rizikové jsou první tři měsíce, kdy probíhá jizvení svalstva kolem náhrady. Po tuto dobu pacienti užívají berle na odlehčení. Chodí tzv. trojdobou chůzí, berle, pak krok operované končetiny a následuje dokročení zdravou. Chůze po schodech je nacvičována na pooperačním oddělení“. Chůzi o berlích přesně popisuje i Sosna (2003) ve své publikaci rehabilitace a režimových opatření.

Cíl 2 Zjistit u pacientů vědomosti o komplikacích, které mohou po TEP kyčle vzniknout a možné prevenci, jak jim předcházet.

Příkryl (2009) „Edukace pacienta v oblasti možných komplikací po výkonu je dalším důležitým a zásadním krokem. Samotné doléčení po výkonu spočívá v prevenci těchto komplikací a správně vedené rehabilitaci. Jde především o komplikace tromboembolické, infekční, ale také možné vykloubení náhrady“. Na otázku komplikací po TEP kyčelního kloubu uvedlo nejvíce–55 respondentů (91,67 %) luxaci kyčle, 50 respondentů (83,33 %) odpovědělo embolii, flebotrombózu, 42 respondentů (70,00 %) uvedlo infekci. Krvácení uvedlo pouze 20 respondentů (33,33 %) a poranění nervu, cévy 16 respondentů (26,67 %), 2 respondenti (3,33 %) neodpověděli, co patří mezi komplikace po TEP kyčle. Z výpočtů vyplývá, že bez chyby odpovědělo 5 respondentů (8,62 %), 1 chyba 9 respondentů (15,52 %), 2 chyby mělo 28 respondentů (48,28 %), 3 chyby 12 respondentů (20,69 %), 4 chyby 4 respondenti (6,90 %), 2 respondenti neodpověděli, co patří mezi komplikace po TEP kyčle. Je velmi překvapivé, že krvácení, jako jednu z časných komplikací uvedlo jen 20 respondentů z 60. Přitom každá publikace, brožura tuto komplikaci uvádí.

Sosna (2003) uvedl, že plicní embolie může v nejtěžších případech ohrozit pacientův život, proto každý pacient musí dodržovat doporučení lékaře. Na otázku příčiny vzniku embolie, 52 respondentů (86,67 %) odpovědělo správně, tedy nedodržení doporučení lékaře,

3 respondenti (5,00 %) odpověděli nesprávně miniheparinizaci, 5 respondentů (8,33 %) neuvedlo příčiny vzniku embolie.

Nejobávanějším problémem z komplikací je infekce, je proto zapotřebí dbát na sterilitu, u pacienta na zhoršenou obranyschopnost, a na přítomnost infekčního ložiska někde v těle. „Vždy vyšetřujeme HIV a hepatitidy, tyto nemoci způsobují imunodeficientní stavy a implantace jsou pak vysoce rizikové k pooperačním infekcím. Bakteriální zánět je svízelně řešitelný a finančně náročný. Důležitá je dobrá sanace jakýchkoliv možných infekčních ložisek, ať už zubních fokusů, zánětlivých procesů kůže či nehtů a taky asymptomatických uroinfektů“. Dle Příkryla (2009, s. 167).

Otázka příčin vzniku infekce. Nejvíce 48 respondentů (80,00 %) odpovědělo, že k infekci může dojít následkem infekčního ložiska v těle, 44 respondentů (73,33 %) uvedlo zhoršenou obranyschopnost, 28 respondentů (46,67 %) uvedlo nedodržení sterility a 4 respondenti odpověděli (6,67 %) obezitě, 1 respondent (1,67 %) neuvedl příčinu infekce. Správně odpovědělo 16 respondentů (26,67 %), částečně správně odpovědělo 39 (65,00 %) respondentů, 4 (6,67 %) respondenti odpověděli nesprávně, 1 (1,67 %) respondent neuvedl příčinu infekce.

Luxace TEP kyčle je obávanou a nevítanou komplikací v doléčení (Příkryl, 2009). Na otázku, které mechanismy vedou k vykloubení endoprotézy, odpovědělo 56 respondentů (93,33 %), sed v hlubokém křesle, 54 respondentů (90,00 %) uvedlo překřížování dolních končetin, 3 respondenti (5,00 %) odpověděli abdukční klín mezi kolena, 1 respondent (1,67 %) neodpověděl, jaké jsou mechanismy vedoucí k vykloubení endoprotézy. Správně odpovědělo 48 respondentů (80 %), částečně správně 8 (13,33 %) respondentů, 3 (5,00 %) respondenti nesprávně, 1 respondent (1,67 %) neodpověděl.

Jak již bylo řečeno v otázce zakázaných pohybů, zanožení, překřížení, vytáčení dolních končetin, flexe nad 90°. Všechny tyto mechanismy jsou podrobně popsány ve všech publikacích a je na ně dáván velký důraz při edukaci pacienta v této oblasti.

Oblast preventivních opatření proti embolii tvoří také důležitou součást edukace pacienta. V této otázce 54 respondentů (90,00 %) uvedlo bandážování dolních končetin, 53 respondentů (88,33 %) odpovědělo podávání miniheparinizace, 1 respondent (1,67 %) odpověděl chybně, omezení pohybu, 3 respondenti (5,00 %) neodpověděli,

jaká je prevence embolie. Správně odpovědělo 49 respondentů (81,67 %), částečně správně 7 (11,66 %) respondentů, nesprávně 1 (1,67 %) respondent, 3 (5,00 %) respondenti neuvedli preventivní opatření embolie.

Sosna (2003, s. 21) ve své publikaci klade důraz na prevenci embolie. „Především na důsledné dodržování doporučení lékaře, nutností těchto opatření je také užívání léků, upravujících krevní srážlivost a bandážování dolních končetin od špiček až nad koleno, nutné je dbát na dostatečný příjem tekutin a pohybový režim“.

Oblast preventivního opatření luxace endoprotézy. V této otázce uvedlo správně 52 respondentů (86,67 %) dodržování pohybového režimu, tedy režimová opatření, stejně tak abdukční klín mezi kolena odpovědělo 52 respondentů (86,67 %), 6 respondentů (10,00 %) uvedlo dostatek tekutin a 2 respondenti (3,33 %) neodpověděli, jaká je prevence luxace endoprotézy. Správně odpovědělo 42 respondentů (70 %), částečně správně odpovědělo 10 respondentů (16,67 %), nesprávně 6 (10,00 %) respondentů, 2 respondenti (3,33 %) neodpověděli.

Sosna (2003), „Při hrubém nedodržení pohybového režimu může dojít k luxaci endoprotézy, tento stav se projevuje bolestivostí, omezením pohybu a zkrácením končetiny. Je dáván důraz na přesné dodržování všech režimových opatření v pooperačním období“.
Dodržování antiluxačního režimu.

Cíl 3 Zmapovat komponenty edukační lekce, které se využívají na ortopedickém oddělení.

56 respondentům (93,33%) byli předány informace, které se týkaly léčebného režimu po TEP kyčle ještě před nástupem k hospitalizaci, 4 respondenti (6,67 %) tyto informace nedostali.

Známka za předání informací. Nejvíce respondentů by udělilo známku 1 v počtu 36 respondentů (64,29 %), známku 2 by přidělilo 13 respondentů (23,21 %), známku 3 pak 6 respondentů (10,71 %), známku 4 nepřidělil žádný respondent a známku 5 by dal 1 respondent (1,79 %). Průměrná známka za předání informací je 1,518. Pacienti hodnotí personál ortopedické ambulance velmi dobře, více jak $\frac{3}{4}$ pacientů jsou předány informace ohledně režimu po TEP kyčle.

Metoda jakou edukace probíhala. Největší skupinou byli respondenti, kteří byli edukováni ústně 42 respondentů (70,00 %), 38 respondentů (63,33 %) zahrlo metodu edukace brožuru, letáček. Demonstračně s využitím pomůcek bylo edukováno 27 respondentů (45,00 %), 25 respondentů (41,67 %) zahrlo jako metodu edukace názorné předvedení, předcvičení. Žádný z respondentů nebyl edukován filmem, DVD, nebo jinou metodou edukace.

Ve výzkumu Vašíčka (2009, online) nebyla uvedena ústní metoda edukace ani metoda demonstrační s využitím pomůcek nebo metoda názorným předvedením, předcvičením. Naproti tomu v našem průzkumu bylo ústní metodou edukováno nejvíce, tedy (70,00 %) respondentů, demonstračně, s využitím pomůcek bylo edukováno (45,00 %) respondentů a předvedením, předcvičením (41,67 %) respondentů. Ve shodě zůstává edukace pomocí letáčku nebo brožury. Ve výzkumu Vašíčka (2009, online) na metodu edukace pomocí letáčku odpovědělo (70,89 %) tedy nejvíce respondentů a na metodu brožury (26,58 %) respondentů. V obou případech, dle respondentů chybí edukace pomocí filmu nebo DVD. Výzkum Vašíčka to dokládá, CD/DVD by volilo (30,00 %) respondentů a film (12,22 %) respondentů.

Na otázku, jestli pacientům vyhovovala metoda, forma edukace, napsalo 45 respondentů (75,00 %) ano a 15 respondentů (25,00 %) ano částečně vyhovovala metoda edukace. Ne nenapsal žádný respondent. *Ve výzkumu Vašíčka (2009, online), (78,26 %) respondentů vyhovovala metoda poskytnutí edukačních materiálů plně a (21,74 %) respondentů částečně. Z toho vyplývá, že respondenti jsou spokojeni s metodou edukace.*

U 21 respondentů (35,00 %) zjišťovali, co o daném tématu ví a u 39 respondentů (65,00 %) ne. Zjištění, zda o daném tématu pacienti již něco ví, proběhlo dotazem nebo komunikací.

Na otázku zda-li proběhlo ověření porozumění edukace, 51 respondentů (85,00 %) odpovědělo ano a 9 respondentů (15,00 %) odpovědělo ne. Jak ověření proběhlo. Nejvíce proběhlo pomocí dotazu, odpovědělo 48 respondentů (94,12 %), dále úkolem 2 respondenti (3,92 %) a písemným testem odpověděl 1 respondent (1,96 %).

Při příjmu jsou respondenti nejvíce edukováni v oblasti komplikací a diagnózy (80,00 %), kompenzačních pomůcek (63,33 %), ošetrovatelské péče (41,67 %) a režimových opatření (36,67 %). Nejméně jsou respondenti edukováni v oblastech výživy (31,67 %), rehabilitace (30,00 %), zajištění potřeb (21,67 %), a lázeňské léčby (10,00 %). Během hospitalizace

je nejvíce respondentů edukováno v oblastech lázeňské léčby (90,00 %), rehabilitace (90,00 %), kompenzačních pomůcek (80,00 %), ošetrovatelské péče (76,67 %), režimových opatření (70,00 %), zajištění potřeb (66,67 %). Nejméně se edukace během hospitalizace týká podle respondentů oblasti komplikací a diagnózy (50,00 %) a výživy (31,67 %). Při propuštění je edukace nejvíce řešena v oblastech režimových opatření (55,00 %), kompenzačních pomůcek (43,33 %), výživy a tělesné hmotnosti (38,33 %), komplikací (33,33 %) a rehabilitace (20,00 %). Nejméně při propuštění zasahuje edukace do oblasti zajištění potřeb (18,33 %), lázeňské péče (11,67 %) a ošetrovatelské péče (6,67 %). Nejvíce respondentů udává, že edukace neproběhla v oblastech výživy a tělesné hmotnosti (25,00 %) a zajištění potřeb (16,67 %).

V oblasti rehabilitace nejvíce respondenty edukoval fyzioterapeut (91,67 %) a všeobecná sestra (75,00 %). V oblasti ošetrovatelské péče nejvíce edukovala respondenty všeobecná sestra (86,67 %) a lékař (51,67 %). Co se týká komplikací a diagnózy, edukoval lékař, odpovědělo (98,33 %) respondentů. V oblasti výživy a tělesné hmotnosti edukovala sestra (65,00 %) a lékař (48,33 %). V oblasti zajištění potřeb provedla edukaci všeobecná sestra (71,67 %) a lékař (18,33 %). Oblast kompenzačních pomůcek přísluší dle respondentů všeobecné sestře (91,67 %), fyzioterapeutovi (46,67 %) a lékaři (45,00 %). V tématu lázeňské péče edukoval respondenty lékař (95,00 %) a v oblasti režimových opatření nejvíce edukoval respondenty fyzioterapeut a sestra shodně (78,33 %) a lékař (70,00 %). Nutriční terapeut edukoval v oblasti výživy a tělesné hmotnosti jen u (3,33 %) respondentů.

Dle výzkumu Vašíčka (2009, online), informoval respondenty v oblasti rehabilitace nejvíce lékař (53,42 %), rehabilitační ošetrovatelka (19,18 %) a všeobecná sestra (13,70 %). V oblasti sebepéče uvedli respondenti rehabilitační ošetrovatelku (60,27 %), shodně pak všeobecnou sestru (16,44 %) a lékaře (15,07 %). Je překvapivé, že v tomto výzkumu se všeobecná sestra, tak málo podílí na informovanosti v oblasti sebepéče.

Edukace pacientů je stále aktuálním problémem v celé zdravotnické praxi. Na edukaci se podílí lékař, v rámci svých kompetencí všeobecná sestra. Doplňující informace může pacient získat z informačních brožur, časopisů, sdělovacích prostředků aj. V důsledku nedostatečné edukaci může dojít k různým reakcím jako je např. strach, úzkost, nepřiměřené chování apod.

ZAVĚR

Formulace problému

Jsou pacienti přijatí na ortopedické oddělení v nemocnici Přerov za účelem totální endoprotézy kyčelního kloubu dostatečně informováni o pooperační péči a možných komplikacích?

Cíle průzkumného šetření

Cíl 1 zjistit vědomosti o pooperačním léčebném režimu po TEP kyčelního kloubu

V otázkách vědomostí u pacientů o pooperačním léčebném režimu. Dle Příkryla (2009), jsou režimová opatření a rehabilitace po kloubní náhradě velmi obsáhlá je důležitá edukovanost v tomto směru a aktivní spolupráce každého pacienta. Z průzkumného šetření můžeme konstatovat, že zásady v pooperačním období po TEP kyčle zná 91,67 % respondentů, zakázané pohyby po operaci TEP kyčle zná 61,67 % respondentů. Nedostatek v této oblasti, jen 65,00 % respondentů zná zásadu, nevytáčet špičky zevně, což bylo překvapivé, protože edukace v tomto směru probíhá a každá brožurka nebo leták tento zakázaný pohyb uvádí. V otázce kompenzačních pomůcek edukace probíhá, ale v našem průzkumném šetření nebyli respondenti zcela dostatečně informováni. Pacienti jsou edukováni, jak si vybavit byt těmito pomůckami, avšak umí vyjmenovat jen některé kompenzační pomůcky, podle mého názoru byl v této oblasti zaznamenán menší deficit. Dostatečné vědomosti byly zaznamenány také v edukaci zásad při ležení na zádech, na boku, při vstávání, lehání. Celkem 90 % respondentů tuto zásadu zná, stejně tak zná odpověď na zatížení dolní končetiny, kterou zná celkem 93,33 % respondentů. Odpověď na otázku nepovolených činností zná pouze 53,33 % respondentů, což je jen polovina respondentů, v tomto případě opravdu nevím, zda-li si tyto zásady nepamatují nebo je opravdu neví. Naproti tomu odpověď na povolené činnosti po TEP kyčle zná 81,67 % respondentů, stejně tak správný sed na židli zná 95 % respondentů. V tomto případě je edukovanost na dobré úrovni.

Na druhé straně pouze 55 % respondentů zná správný postup chůze o berlích po rovině, do schodů 73,33 % respondentů a ze schodů 81,67 % respondentů. Je překvapivé, že pacienti umí chodit o berlích do schodů a ze schodů, ale mají problém s chůzí o berlích po rovině, jak vypovídá průzkum.

Cíl 2 Zjistit u pacientů vědomosti o komplikacích, které mohou po TEP kyčle vzniknout a možné prevenci, jak jim předcházet.

Edukace probíhá ve všech oblastech a podílí se na ni celý zdravotnický tým dle svých kompetencí. V oblasti komplikací jsou pacienti edukováni lékařem. Podepisují informovaný souhlas s operačním výkonem. Jak uvádí Příkryl (2009) je právě luxace kyčle nejobávanější komplikací a nevítanou příhodou v doléčení pacienta, proto správný režim, pomůcky a edukace v tomto směru jsou velmi důležité. Právě na prevenci komplikací je dáván velký důraz. Celkem 91,67 % respondentů uvedlo jako komplikaci luxaci kyčle a 83,33 % respondentů odpovědělo embolii, pouze 33,33 % respondentů uvedlo další komplikaci krvácení, a poranění nervu, cévy uvedlo pouze 26,67 % respondentů. Nedostatečné znalosti byly odhaleny i u příčin infekce, které zná všechny pouze 26,67 % respondentů. Naopak respondenti jsou obeznámeni s příčinami vzniku embolie, kdy až 86,67 % respondentů tyto příčiny zná. Také docela ovládají mechanismy vykloubení endoprotézy, které ovládá až 80 % respondentů. Oblast preventivních opatření proti embolii zná 81,67 % respondentů a oblast preventivního opatření luxace endoprotézy zná 70 % respondentů.

Cíl 3 Zmapovat komponenty edukační lekce, které se využívají na ortopedickém oddělení.

Průzkumné šetření na ortopedickém oddělení v Přerově ukázalo, že edukace u pacientů s TEP kyčle je důležitá a je na dobré úrovni. Dle otázek v dotazníkovém šetření, 93,33% respondentům jsou podány základní informace ještě před nástupem k hospitalizaci a to na ortopedické ambulanci v Přerově. Pacienti hodnotí tyto informace za velmi přínosné. To potvrzuje i celková průměrná známka za předání informací, která je 1,5. Pacienti jsou zde edukováni především ústně, a to 70,00 % respondentů a 63,33 % respondentů je edukováno pomocí brožurky nebo letáčku. Celkem 45,00 % respondentů pak uvedlo, že bylo edukováno demonstračně a 41,67 % respondentů názorným předvedením, předcvičením. V edukaci chybí dle respondentů DVD, film. Na druhou stranu 75,00 % respondentů uvedlo, že jim metoda edukace vyhovovala. Jen u 35,00 % respondentů bylo na začátku edukace zjišťováno, jestli o daném tématu již něco ví. U 85,00 % respondentů proběhlo ověření porozumění edukace, bohužel však nejčastěji jen dotazem, málo pak úkolem nebo testem. Z průzkumného šetření vyplývá, že na edukaci se

podílí celý zdravotnický tým, jak lékaři, všeobecné sestry, rehabilitační pracovníci. Slabou stránkou dle respondentů je edukace nutričního terapeuta.

Navrhovaná opatření:

- především zavedení edukace pacientů před TEP kyčelního kloubu, vytvořením skupinové edukace, prostřednictvím předem určené edukační skupiny odborníků,
- pacientům nadále předávat kvalitní edukační materiály viz.(příloha č. 4) a vytvářet edukační programy viz.(příloha č. 2)
- do pomůcek k edukaci zařadit film, DVD k vyučování pacientů,
- nadále vytvářet empatické působení s dobrou komunikací, získání pacienta k aktivní spolupráci,
- seznamovat nadále pacienty s rizikovými faktory a dávat důraz na preventivní opatření a důsledné dodržování pooperačního léčebného režimu,
- vychovávat sestry edukátorky, určené výhradně k edukaci těchto pacientů.

Edukace pacientů má v ošetrovatelství klíčové postavení, pomáhá pacientům mít zdraví prospěšné konání, posilňuje kompetence a sebedůvěru pacientů, především v rozvíjení jejich schopností. Při položení otázky, má-li být edukace úspěšná, potom musí být vyjádřena přístupnou formou, jednoduše, citlivě a především opakovaně. Nejdůležitějšími kroky celého edukačního procesu po TEP kyčelního kloubu je zhodnocení, zda pacient všemu porozuměl, má vědomosti týkající se předoperačního a především pooperačního období, to vše je důležité k zamezení případných komplikací, které jsou největší nástrahou právě v celém pooperačním období. Kvalitní edukace je předpokladem aktivní spolupráce pacienta se zdravotnickým personálem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTONÍČEK, Jan; HEŘT, Jiří. *Základy klinické anatomie pohybového aparátu*. 2004. Praha: Maxdorf, 2004. 256 s. ISBN 80-7345-017-8.

BEZNOSKA, Jiří. Co nového v operační léčbě kyčlí. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2007, roč. 3, č. 3, s. 96-98. ISSN 1801-1349.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie I*. 2001. Praha: Grada Publishing, 2001. 499 s. ISBN 80-7169-970-5.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 2009. Praha: Grada Publishing, 2009. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

DUNGL, Pavel, et al. *Ortopedie*. 2005. Praha: Grada Publishing, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8.

HALÁSOVÁ, Marie; PANOŠOVÁ, Věra. Život po endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 10, s. 65-67. ISSN 1210-0404.

JANÍČEK, Pavel, et al. *Ortopedie*. 2007. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2007. 124 s. ISBN 978-80-210-4429-6.

JUŘENÍKOVÁ, Petra; HŮSKOVÁ, Jitka. *Ošetrovatelství: 2. část - ortopedie, kožní, infekční, stomatologie, neurologie, psychiatrie*. 2001. Uherské Hradiště: Vlastním nákladem, 2001. 174 s. ISBN nemá.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 2010. Praha: Grada Publishing, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAČINETZOVÁ, Alena. *Bolesti kyčelních kloubů I*. 2003. Praha: Triton, 2003. 144 s. ISBN 80-7254-335-0.

KNÍŽOVÁ, Kateřina. Léčebná tělesná výchova u totální endoprotézy kyčelního a kolenního kloubu. *Florence*. 2008, roč. 4, č. 1, s. 29-30. ISSN 1801-464X.

KOCOURKOVÁ, Jana; HEDBÁVNÁ, Jitka. Implantace totální endoprotézy kyčelního kloubu miniinvazivní metodou. *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 11, s. 13. ISSN 1210-0404.

KOZUBÍKOVÁ, Vendula; BÍLKOVÁ, Andrea. Problematika života klientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu. *Dimenze moderního zdravotnictví*. 2007, roč. 1, č. 4, s. 113-114. ISSN 1802-4084.

KŘÍŽ, Vladimír. Rehabilitace a totální endoprotéza kyčelního kloubu. *Rehabilitácia*. 2009, roč. 46, č. 2, s. 90-93. ISSN 0375-0922.

KUBÍČEK, Miloslav, et al. Změny nutričního stavu u pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu. *Vojenské zdravotnické noviny*. 2007, roč. 76, č. 2, s. 37-41. ISSN 0372-7025.

KUDLOVÁ, Pavla, TOMANOVÁ, Danuška, *Strukturní elementy edukace*. In KOLEKTIV AUTORŮ. Ošetrovatelství perspektivní věda i umění. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-1156-7.

KUDLOVÁ, Pavla, et al. Multikulturní ošetrovatelství II. 2006. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

MAGUROVÁ, Dagmar; MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. 2009. Martin: Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.

MALCHEROVÁ, Miluše. Klient po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 12, s. 51-52. ISSN 1210-0404.

MATOUŠ, Miloš; MATOUŠOVÁ, Miluše; KUČERA, Miroslav. *Život s endoprotézou kyčelního kloubu*. 2005. Praha: Grada Publishing, 2005. 96 s. ISBN 80-247-0886-8.

MORKESOVÁ, Šárka; URBANCOVÁ, Svatava. Péče o pacienta po implantaci totální endoprotézy z pohledu fyzioterapeuta. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 5, s. 38-39. ISSN 1210-0404.

ORAVOVÁ, Eva; BRADOVÁ, Petra. Ergoterapie po TEP kyčelního kloubu u klientů oddělení léčebné rehabilitace. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 5, s. 38. ISSN 1210-0404.

PŘIKRYL, Pavel; SELUCKÝ, Jiří; FIALOVÁ, Jana. Péče o pacienta po kloubní náhradě kyčle. *Medicína pro praxi*. 2009, roč. 6, č. 3, s. 167-168. ISSN 1803-5310.

ROZKYDAL, Zbyněk; CHALOUPKA, Richard. *Vyšetřovací metody v ortopedii*. 2001. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2001. 66 s. ISBN 80-210-2655-3.

SIGMUNDOVÁ, Alice. Edukace pacienta před plánovanou operací TEP kyčelního kloubu. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 32-33. ISSN 1210-0404.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 2010. Praha: Grada Publishing, 2010. 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8.

SOSNA, Antonín; POKORNÝ, David; JAHODA, David. *Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření*. 2003. Praha: Triton, 2003. 58 s. ISBN 80-7254-302-4.

SOSNA, Antonín, et al. *Základy ortopedie*. 2001. Praha: Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.

STEHLÍK, Jiří. Nový typ miniinvazivní TEP kyčle. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 5, s. 11-12. ISSN 1210-0404.

ŠIRŮČKOVÁ, Miluše. Typy totálních endoprotéz: terapie a rehabilitace. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 60-62. ISSN 1210-0404.

TALIÁNOVÁ, Magda; HOLUBOVÁ, Marie; PILNÝ, Jaroslav. Péče o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 1, s. 75-77. ISSN 1210-0404.

TRACHTOVÁ, Eva, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2005. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny*. 2008. Praha: Maxdorf, 2008. 518 s. ISBN 978-80-7345-159-2.

WIRTHOVÁ, Vlasta. Zásady správného pohybu po operaci TEP kyčelního kloubu: edukace nemocného. *Dimenze moderního zdravotnictví*. 2007, roč. 1, č. 4, s. 112. ISSN 1802-4084.

KRČKOVÁ, Zuzana. *Edukační proces u pacienta po TEP kyčelního kloubu*. Trenčín, 2010. Diplomová práce. Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíně.

Elektronické zdroje

VAŠÍČEK, Tomáš. *Problematika informovanosti u klientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu* [online]. Zlín, 2009. 98 s. Bakalářská práce. UTB Zlín. Dostupné z: <<http://dspace.knihovna.utb.cz/handle/10563/10316>>. Vedoucí bakalářské práce Bc. Matysová Eva. [cit. 2011-05-21]

KUDLOVÁ, Pavla, TOMANOVÁ, Danuška, *Didaktická vybavenost edukační lekce*. [online] Dostupné z: <http://zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik04/kudlova.pdf> [cit. 2011-02-02]

<http://www.nempr.cz/obsah/oddeleni/ortopedie.aspx>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj. a jiné

art. articulatio

apod. a podobně

atd. a tak dále

ČR Česká republika

DK dolní končetina

FH francouzské hole

např. na příklad

popř. po případě

RTG rentgen

TEP totální endoprotéza

tj. to jest

tzv. tak zvaný

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1	Věk respondentů
Graf 2	Pohlaví respondentů
Graf 3	Vzdělání respondentů
Graf 4a	Předání informací o léčebném režimu před hospitalizací
Graf 4b	Spokojenost respondentů s předáním informací
Graf 5	Metoda edukace
Graf 6	Spokojenost respondentů s výběrem metody edukace
Graf 7	Zjišťování informací o daném tématu na začátku edukace
Graf 8a	Ověření edukace
Graf 8b	Způsoby ověřování
Graf 10a	Komplikace po TEP kyčelního kloubu
Graf 10b	Počet chyb v otázce komplikací
Graf 11	Příčiny vzniku embolie
Graf 12	Příčiny vzniku infekce
Graf 13	Mechanismy vedoucí k vykloubení endoprotézy
Graf 14	Prevence embolie
Graf 15	Prevence luxace endoprotézy
Graf 16	Zásady po TEP kyčle v pooperačním období
Graf 17	Pomůcky v domácnosti po operaci
Graf 18	Zakázané pohyby po operaci
Graf 19	Kompenzační pomůcky v pooperačním období
Graf 20	Zásady v poloze na zádech, při otáčení, posazování

Graf 21	Míra zatížení dolní končetiny po operaci TEP kyčle
Graf 22	Činnosti, kterým je nutné se po operaci vyhýbat
Graf 23	Činnosti, které jsou po operaci povoleny
Graf 24	Správný sed na židli po operaci kyčle
Graf 25	Správný postup při chůzi o berlích po rovině
Graf 26	Správný postup při chůzi o berlích do schodů
Graf 27	Správný postup při chůzi o berlích ze schodů

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Věk respondentů
Tabulka 2	Pohlaví respondentů
Tabulka 3	Vzdělání respondentů
Tabulka 4a	Předání informací o léčebném režimu před hospitalizací
Tabulka 4b	Spokojenost respondentů s předáním informací
Tabulka 5	Metoda edukace
Tabulka 6	Spokojenost respondentů s výběrem metody edukace
Tabulka 7	Zjišťování informací o daném tématu na začátku edukace
Tabulka 8a	Ověření edukace
Tabulka 8b	Způsoby ověřování
Tabulka 9a	Téma edukace, čas poučení
Tabulka 9b	Téma edukace, průměrná známka
Tabulka 9c	Téma edukace, kdo provedl edukaci
Tabulka 10	Komplikace po TEP kyčelního kloubu
Tabulka 11	Příčiny vzniku embolie
Tabulka 12	Příčiny vzniku infekce
Tabulka 13	Mechanismy vedoucí k vykloubení endoprotézy
Tabulka 14	Prevence embolie
Tabulka 15	Prevence luxace endoprotézy
Tabulka 16	Zásady po TEP kyčle v pooperačním období
Tabulka 17	Pomůcky v domácnosti po operaci
Tabulka 18	Zakázané pohyby po operaci

Tabulka 19	Kompenzační pomůcky v pooperačním období
Tabulka 20	Zásady v poloze na zádech, při otáčení, posazování
Tabulka 21	Míra zatížení dolní končetiny po operaci TEP kyčle
Tabulka 22	Činnosti, kterým je nutné se po operaci vyhýbat
Tabulka 23	Činnosti, které jsou po operaci povoleny
Tabulka 24	Správný sed na židli po operaci kyčle
Tabulka 25	Správný postup při chůzi o berlích po rovině
Tabulka 26	Správný postup při chůzi o berlích do schodů
Tabulka 27	Správný postup při chůzi o berlích ze schodů

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Dotazník
- Příloha 2 Edukační proces po TEP kyčle
- Příloha 3 Kompenzační pomůcky po TEP kyčle
- Příloha 4 Edukační materiál: Čeho se vyvarovat po TEP kyčelního kloubu
- Příloha 5 Edukační záznam – posouzení, diagnostika
- Příloha 6 Cvičební jednotka po TEP kyčelního kloubu
- Příloha 7 Povolení dotazníkového šetření

PŘÍLOHA1

Dotazník

Dobrý den vážený paciente, pacientko.

Jmenuji se Matušková Monika a jsem studentkou University Tomáše Bati ve Zlíně ve studijním oboru ošetrovatelství. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma: Edukace u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který bude důležitým zdrojem mé práce. Vše proběhne anonymně, výsledky budou statisticky zpracovány. Za Vaši spolupráci, ochotu a vstřícnost Vám velmi děkuji.

1. Jaký je Váš věk?.....let

2. Jaké je Vaše pohlaví?

Žena

Muž

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Základní

Střední bez maturity

Střední s maturitou

Vyšší odborné

Vysokoškolské

4. Byly Vám na ambulanci ortopedického oddělení v Přerově předány informace týkající se léčebného režimu po operaci TEP kyčle ještě před nástupem k hospitalizaci? Jak jste byl (a) s předáním informací spokojen (á) známky:

ano 1 (nejlépe) – 5 (nejméně) spokojen(á),

1 – 2 - 3 – 4 – 5

ne

5. Jakou metodou u Vás probíhala edukace? (uveďte všechny možnosti):

Pouze ústně

Brožurou, letáčkem

Názorným předvedením, předcvičením

Demonstračně s využitím pomůcek (berle, francouzské hole, abdukční klín)

Filmem, DVD

Jinou formou, metodou.....

6. Vyhovovala Vám tato metoda edukace?

Ano

Ano částečně

Ne,

Uveďte proč.....

7. Zjišťoval u Vás někdo na začátku edukace, co již o daném tématu víte?

Ano, jak.....

Ne

8. Proběhlo u Vás ověření, zda jste edukaci porozuměl(a)? (zatrhněte, nebo dopište)

Ano, jak **-písemný test, úkol, jen dotaz rozuměl(a) jste všemu**

Jiné.....

Ne

9. V jaké oblasti, kdy, kým a v jaké míře jste byl(a) edukován(a) v rámci pooperačního léčebného režimu? (zatrhněte prosím všechny možnosti)

V jaké oblasti jste byl(a) edukován(a)	Kdy jste byl(a) poučen(a)	Jak jste byl(a) s edukací spokojen(á) známky 1(nejlépe) – 5(nejméně) spokojen(á)	Kým jste byl(a) edukován(a) uveďte osoby podílející se na edukaci <i>lékař, sestra, rehabilitační pracovník, dietní sestra, jiná osoba</i>
<p>V oblasti rehabilitace (návuk správného sedu, stoje, vstávání z lůžka, ulehání na lůžko, návuk chůze s berlemi)</p>	<p>při přijetí do nemocnice během hospitalizace při propuštění nebyl(a) jsem poučen(a)</p>	<p>1 – 2 – 3 – 4 – 5</p>	
<p>V oblasti ošetrovatelské péče (uložení na JIP, monitorování – TK, P, DF, tlumení bolesti-škály, miniheparinizace, režim na lůžku po operaci)</p> <p><i>TK=krevní tlak, P=puls, DF=dechová frekvence</i></p>	<p>při přijetí do nemocnice během hospitalizace při propuštění nebyl(a) jsem poučen(a)</p>	<p>1 – 2 – 3 – 4 – 5</p>	
<p>V oblasti diagnózy, možných komplikací, medi-</p>	<p>při přijetí do nemocnice během hospitaliza-</p>	<p>1 – 2 – 3 – 4 – 5</p>	

<p>kamentozní léčby, prognózy.</p>	<p>ce při propuštění nebyl(a) jsem pou- čen(a)</p>		<p>Kým jste byl(a) edukován(a) uveďte osoby podílející se na edukaci lékař, sestra, rehabilitační pracovník, dietní sestra, jiná osoba</p>
<p>V oblasti výživy a tělesné hmotnosti (vhodné potraviny, pitný režim)</p>	<p>při přijetí do nemocnice během hospitalizace při propuštění nebyl(a) jsem pou- čen(a)</p>	<p>1 – 2 – 3 – 4 - 5</p>	
<p>V oblasti zajištění potřeb (vy- lučování, výživa, hygiena, oblékání)</p>	<p>při přijetí do nemocnice během hospitalizace při propuštění nebyl(a) jsem pou- čen(a)</p>	<p>1 – 2 – 3 – 4 - 5</p>	
<p>V oblasti kompenzačních, ortopedických, rehabilitačních pomůcek (abdukční klín-polštář mezi kolena, berle, madla, nádstavce na WC, sedátko na vanu, dlouhá lžice</p>	<p>při přijetí do nemocnice během hospitalizace při propuštění nebyl(a) jsem pou- čen(a)</p>	<p>1 – 2 – 3 – 4 - 5</p>	

na boty, oblékač ponožek)			
V oblasti následné lázeňské léčby	při přijetí do nemocnice během hospitalizace při propuštění nebyl(a) jsem poučen(a)	1 – 2 – 3 – 4 - 5	Kým jste byl(a) edukován(a) uveďte osoby podílející se na edukaci <i>lékař, sestra, rehabilitační pracovník, dietní sestra, jiná osoba</i>
V oblasti následného dodržování režimových opatření (vybavení bytu, zakázané pohyby a činnosti, chůze do schodů, ze schodů, jízda v automobilu, sexualita)	při přijetí do nemocnice během hospitalizace při propuštění nebyl(a) jsem poučen(a)	1 – 2 – 3 – 4 - 5	

10. Mezi komplikace po TEP kyčelního kloubu patří: (více možných odpovědí)

luxace (vykloubení) kyčle

poranění nervu, velkých cév

embolie, flebotromboza

krvácení

infekce

nevím

11. Embolie může vzniknout následkem:

nedodržování doporučení lékaře

přikládání elastické bandáže

aplikace léků upravujících srážlivost krve (miniheparinizací)

nevím

12. K infekci může dojít následkem:(více možných odpovědí)

zhoršené obranyschopnosti proti infekci

infekčního ložiska v těle (infekce močových cest, zubů)

obezity

nedodržení sterility (asepse)

Nevím

13. Jaké mechanismy vedou k vykloubení endoprotézy: (více možných odpovědí)

sed v hlubokém křesle (flexe nad 90°)

překřížování dolních končetin

abdukční klín (polštář) mezi koleny

nevím

14. Víte, jaká je prevence embolie? (více možných odpovědí)

Bandážování dolních končetin

Omezení pohybu

Applikace léků upravujících srážlivost krve (miniheparinizace)

Nevím

15. Víte, jaká je prevence luxace (vykloubení) endoprotézy? (více možných odpovědí)

Dodržování pohybového režimu (režimová opatření)

Dostatek tekutin

Abdukční klín (polštář) mezi koleny

Nevím

16. Jaké jsou zásady v pooperačním období po TEP kyčelního kloubu? (více možných odpovědí)

Dává se abdukční klín (polštář) mezi kolena

Nedává se abdukční klín (polštář) mezi kolena

Je dovoleno křížení končetin

Není dovoleno křížení končetin

Nevím

17. Víte, jakými pomůckami by měl být vybaven Váš byt po operaci? (více možných odpovědí)

Madla na WC (umístit do vhodné výšky)

Nástavce na WC

Lůžko a křeslo do vhodné výšky

Nevím

18. Víte, které pohyby jsou po operaci zcela zakázané? (více možných)

Překřížování dolních končetin

Vytáčení špiček zevně

Flexe nad 90° (nízký sed)

Nevím

19. Napište, jaké kompenzační pomůcky je nutné v pooperačním období používat:

.....

.....

.....

Nevím

20. Při poloze na zádech, otáčení a posazování je nutné dodržovat:

mít dolní končetiny v překřížení

abdukční klín (polštářek) mezi kolena

špičky v zevní rotaci

nevím

21. Do jaké míry můžete dolní končetinu zatěžovat:

míra zátěže není určena

zátěž je individuální, míru vždy určí lékař

míru zátěže určí praktický lékař

nevím

22. Kterým činnostem je nutné se po operaci kyčle vyhýbat: (více možných odpovědí)

plavání

chůzi v členitém terénu

jízdě na koni

nevím

23. Které činnosti jsou naopak po operaci kyčle povoleny (vítány):(více možných odpovědí)

procházky

sjezdové lyžování

plavání

nevím

24. Jaký je správný sed na židli po operaci kyčle:

sed v nízkém křesle

vyšší stabilní židle s pevným opěradlem

noha přes nohu

nevím

25. Jaký je správný postup při chůzi o berlích po rovině: DK=dolní končetina

berle, operovaná DK, zdravá DK

berle, zdravá DK, operovaná DK

zdravá DK, berle, operovaná DK

nevím

26. Jaký je správný postup při chůzi o berlích do schodů:

operovaná DK, zdravá DK, berle

zdravá DK, operovaná DK, berle

berle, operovaná DK, zdravá DK

nevím

27. Jaký je správný postup při chůzi o berlích ze schodů:

berle, operovaná DK, zdravá DK

berle, zdravá DK, operovaná DK

zdravá DK, berle, operovaná DK

nevím

PŘÍLOHA2

Edukační proces po TEP kyčelního kloubu

Edukační diagnózy:

Deficit vědomostí o léčebném režimu a rehabilitaci po TEP kyčelního kloubu

- Nedostatek vědomostí o časném pooperačním období a možnostech rehabilitace.
- Nedostatek vědomostí o následné péči po operaci a rehabilitaci.
- Nedostatek vědomostí o pohybovém režimu a rehabilitaci po propuštění z nemocnice do domácí péče.

Cílem edukace po TEP kyčelního kloubu je celková adaptace pacienta na výraznou pohybovou změnu a zlepšení kvality života.

- Naučit pacienta zásad správného cvičení a polohy končetin na lůžku v časném pooperačním období.
- Nácvič správných postupů přetáčení, sedu, stoje, vstávání z lůžka, uléhání na lůžko a chůze.
- Upozornit a obeznámit pacienta s předcházením rizikových pohybů a zásadami pohybového režimu v domácím prostředí.

Metody edukace: vysvětlení důležitosti jednotlivých cvičení, pohovor, otázky a odpovědi, praktická ukázka, cvičení, dotazování, ověření znalostí.

Forma edukace: individuální

Pomůcky: Informační letáky, brožury, ilustrační materiál, psací potřeby, francouzské hole nebo podpažní berle, motorová dlaha.

Organizační typ hodiny a počet sezení: 3 po 30 – 45 min.

Organizace prostoru: pokoj pacienta, chodba ortopedického oddělení, rehabilitační cvičebna.

Cíl:

- pacient projeví zájem a snahu získat vědomosti a naučit se správné postupy chůze, chápe důsledky nedodržování zásad pohybového režimu, aktivně spolupracuje.
- pacient má po ukončení edukačních lekcí úplné vědomosti o jednotlivých postupech cvičení, správné poloze končetiny, o způsobu chůze a je v plné míře seznámen o dodržování zásad režimových opatření po propuštění z nemocnice do domácí péče.
- pacient umí správný postup pohybu, zná rizikové polohy, zná opatření proti vykloubení a dodržuje předepsaný léčebný režim (Krčková, 2010).

1. Edukační lekce

Téma: Zásady pohybového režimu v časném pooperačním období po TEP kyčelního kloubu.

Cíl:

- pacient projeví snahu osvojit si zásady správných postupů cvičení. Chápe důležitost pohybu a rehabilitace.
- pacient zná zásady správné polohy končetiny a cvičení v časném pooperačním období.
- pacient dodržuje polohový a pohybový režim.

Dílčí cíle:

- pacient zdůvodní význam správné polohy končetiny na lůžku
- pacient zdůvodní význam používání abdukčního molitanového klínu (polštáře)
- pacient provede správný způsob polohování a pohybu na lůžku
- pacient zdůvodní význam cvičení na motorové dlaze
- pacient předvede procvičování hlezenního kloubu a izometrických cviků k posílení stehenního svalstva
- pacient popíše a za pomoci zdravotníka se posadí se spuštěnými dolními končetinami.
- vyjmenuje možné komplikace při nedodržení léčebného režimu.

Vyučující: všeobecná sestra, fyzioterapeut.

Organizace prostoru a čas: pokoj na JIP 1. - 2. den po operaci, 30 min.

Forma výuky: individuální edukace.

Edukační metody: vysvětlování, demonstrace, nácvik cviků, dotazování, zodpovězení otázek.

Pomůcky: ilustrační materiál, polštáře, molitanový abdukční klín, motorová dlaha.

Obsah edukační lekce

- motivovat a získat pacienta k aktivní spolupráci při cvičení.
- upozornit na možnosti aplikace silnějších analgetik z důvodů bolesti při cvičení v operované končetině
- vysvětlit důležitost a upozornit na zásady pohybového režimu po TEP kyčelního kloubu
- vysvětlit důležitost dodržování zásad polohy operované končetiny
- upozornit na používání abdukčního molitanového klínu (polštáře) ve výšce kolen
- dle instrukcí fyzioterapeuta provádět dechová cvičení, procvičovat svalstvo horních i dolních končetin
- vysvětlit postup cvičení na motorové dlaze
- vysvětlit cvičení izometrických cviků stehenních svalů
- upozornit na bezpodmínečné dodržení zakázaných, rizikových pohybů, jako je překřížování dolních končetin a vytáčení špiček zevně, to vše může vést k luxaci endoprotézy
- vysvětlit a naučit posazování s končetinami spuštěnými z lůžka za pomoci fyzioterapeuta
- upozornit na dostatečný přísun tekutin.
- shrnutí nejdůležitějších prvků edukace, opakování rehabilitačních cviků, opakování posazení s postupným spuštěním nohou přes okraj lůžka.

Ověřování vědomostí:

- ukázka rehabilitačních cviků
- ukázka správné polohy operované končetiny
- zodpovězení otázek (Krčková, 2010).

Vyhodnocení edukační lekce

Vyhodnocení vlastních pocitů, obav na začátku, v průběhu a na konci edukační lekce. Pacient adekvátně zhodnocuje svoje vlastní pocity, jistotu, poznává svoje slabiny týkající se vůle, sebeovládání, trpělivosti a hledá možnosti k odstraňování těchto slabin (Kudlová, 2004, s. 9).

2. Edukační lekce

Téma: Nácvik správného postupu vstávání z lůžka a ulehání na lůžko, nácvik stoje a nácvik správného postupu chůze o berlích po operaci TEP kyčelního kloubu.

Cíl:

- pacient chce pochopit zásady správného vstávání a uléhání na kůžko
- pacient ovládá všechny zásady správného vstávání, ulehání, stoje a chůze o berlích
- pacient projeví snahu osvojit si správný způsob chůze o berlích po rovině i po schodech.
- pacient má dostatek informací o zásadách správného vstávání a uléhání na lůžko po operaci, má informace o postupu chůze o berlích
- pacient dodržuje všechny zásady správného vstávání, ulehání, stoje a chůze o berlích
- pacient umí správný postup sesunu z lůžka i zpět na lůžko, umí bezpečně stát u lůžka pomocí berlí
- pacient zná správný postup předsunutí berlí, posun operované a následně neoperované dolní končetiny se zapřením se o berle
- umí chodit o berlích po chodbě, do schodů a ze schodů.

Dílčí cíle:

- pacient zdůvodní význam správného způsobu sezení, vstávání a ulehání na lůžko

- pacient předvede správný postup sezení, vstávání a ulehání na lůžko
- pacient dodržuje správný postup při sezení, vstávání a ulehání na lůžko
- pacient zdůvodní význam správného způsob chůze pomocí berlí, po rovině a po schodech
- pacient předvede správný způsob chůze do schodů a ze schodů
- pacient dodržuje správný postup při chůzi o berlích

Vyučující: všeobecná sestra, fyzioterapeut.

Organizace prostoru a čas: pokoj pacienta, chodba na ortopedickém oddělení, rehabilitační cvičebna, doba cvičení 45 min.

Forma výuky: individuální edukace.

Edukační metody: vysvětlení jednotlivých postupů, nácvik vstávání a ulehání, stoje a chůze o berlích, dotazování, zodpovězení otázek.

Pomůcky: berle/francouzské hole, ilustrační materiál, brožurka pro pacienty po TEP kyčelního kloubu.

Obsah edukační lekce

- důležitost motivace a získání pacienta k aktivní spolupráci
- vysvětlit důležitost a upozornit na zásady správného postupu sesunutí a ulehání na lůžko
- přesvědčit a získat pacienta k chůzi a snažit se odstranit jeho obavy z neúspěchu
- vysvětlit důležitost individuálního postupu s ohledem na jeho bolest a únavnost
- následuje nácvik správného sesunutí z lůžka do stoje pomocí hrazdy
- dle instrukcí fyzioterapeuta provede pacient posazení na lůžku s opřenými rukama za zády a sednutí si
- další instrukce o uchycení si nemocné dolní končetiny oběma rukama pod stehnem a postupným posunem dolní končetiny z lůžka
- nácvik stoje o berlích nebo francouzských holích u lůžka pacienta
- zpětný nácvik návratu na lůžko posunutím hýždí co nejvíce do zadu na lůžko tak, aby kolena byly na lůžku
- instrukce o uchycení oběma rukama nemocné dolní končetiny pod stehnem a posunutí postupně nemocné a pak zdravé dolní končetin na postel

- pokud pacient zvládá stoj u lůžka, následuje postupný nácvik chůze po rovině – nejdříve po pokoji a postupně po chodbě ortopedického oddělení za přítomnosti fyzioterapeuta a všeobecné sestry
- dalším bodem je instruktáž chůze o berlích, tzv. trojdobá chůze s předsunutím berlí před sebe a vzepřením se na nich, vykročením operované dolní končetiny mezi berle, bez zátěže, přisunutím zdravé dolní končetiny a přenesením zátěže na ni
- pokud pacient zvládá chůzi po rovině, můžeme přistoupit k postupnému nácviku chůze po schodech
- instruktáž fyzioterapeutem o postupu chůze do schodů a to zvednutím zdravé dolní končetiny na schod a přenesením váhy na ni, přisunutím operované dolní končetiny a následně berlí, důležitý je stoj fyzioterapeuta za pacientem
- instruktáž fyzioterapeutem o postupu chůze o berlích ze schodů s předsunutím berlí o schod dolů, přisunutím operované dolní končetiny, vzepřením se na berlích, spuštěním a zatížením zdravé dolní končetiny, opět je důležitý stoj fyzioterapeuta před pacientem.
- zdůraznění bezpečnosti při chůzi o berlích
- shrnutí nejdůležitějších prvků edukační lekce, opakování postupů vstávání a ulehání na lůžko, opakování stoje a chůze o berlích po rovině a po schodech

Ověřování vědomostí:

- ukázka naučených postupů vstávání a ulehání na lůžko
- ukázka naučených postupů chůze po rovině, do schodů i ze schodů
- forma rozhovoru, zodpovězení otázek (Krčková, 2010).

Vyhodnocení edukační lekce

Vyhodnocení vlastních pocitů, obav na začátku, v průběhu a na konci edukační lekce. Pacient adekvátně zhodnocuje svoje vlastní pocity, jistotu, poznává svoje slabiny týkající se vůle, sebeovládání, trpělivosti a hledá možnosti k odstraňování těchto slabin (Kudlová, 2004, s. 9).

3. Edukační lekce

Téma: Naučení předcházení rizikových pohybů a dodržování zásad léčebného pohybového režimu po propuštění z nemocnice do domácího prostředí. Návuk sebeobsluhy.

Cíl:

- pacient projeví snahu osvojit si zásady léčebného pohybového režimu
- projeví ochotu získat informace o pravidelném cvičení, o kompenzačních pomůckách, které zajišťují bezpečný pohyb po operaci TEP kyčelního kloubu.
- pacient ovládá postupy při obouvání obuvi
- pacient zná pomůcky, které jsou důležité k jeho celodenní činnosti
- pacient má informace, týkající se pravidelného cvičení v domácím prostředí
- pacient ovládá všechny bezpečné polohy po TEP kyčelního kloub
- zná nebezpečné pohyby, kterých se má vyvarovat
- pacient dodržuje léčebný režim, používá kompenzační pomůcky k bezpečnému pohybu, vyhýbá se nesprávným a nebezpečným pohybům

Dílčí cíle:

- pacient zdůvodní význam dodržování zásad léčebného pohybového režimu
- pacient předvede oblékání prádla, obouvání obuvi za pomoci pomůcek
- pacient vyjmenuje zásady léčebného pohybového režimu
- pacient samostatně předvede všechny rehabilitační cviky, vstávání, posazování, přetáčení, chůze o berlích
- pacient samostatně předvede posazování na židli, přesun na toaletu, do vany s využitím kompenzačních pomůcek
- pacient vyjmenuje zakázané a nebezpečné pohyby a činnosti, kterým je nutné se zcela vyvarovat po TEP kyčelního kloubu

Vyučující: všeobecná sestra, fyzioterapeut.

Organizace prostoru a čas: pokoj pacienta, rehabilitační cvičebna, doba edukace 45 min.

Forma výuky: individuální edukace.

Edukační metody: vysvětlování, ukázka cvičebních sestav, dotazování, zodpovězení otázek.

Pomůcky: ilustrační materiál, brožurka pro pacienty po TEP.

Obsah edukační lekce

- motivace a získání pacienta k edukační lekci
- vysvětlit zásady samoobslužných činností
- vysvětlit a přesvědčit pacienta o nutnosti dodržování zásad léčebného režimu po TEP kyčelního kloubu a o nebezpečí provádění pohybů, které jsou zakázány
- postupné procvičování všech základních postupů, potřebných v domácím prostředí
- nácvik obouvání obuvi pomocí dlouhé lžice
- nácvik správných postupů posazování na židli s použitím nástavce – molitanového čtverce
- nácvik přesunu na toaletu s použitím nástavce na WC a madel
- instruktáž postupu koupání ve vaně s posazováním na sedačku do vany, kterou by měl mít nemocný předem zajištěnou
- názorné předvedení oblékání spodního prádla, kalhot a ponožek a zdůraznění oblékání nejdříve operované a potom zdravé dolní končetiny
- vysvětlení a poukázání na zakázané pohyby jako, addukce a flexe nad 90 stupňů, zevní rotace (příloha 4)
- vysvětlení a ukázka pohybů, kterých je nutné se zcela vyvarovat jako nedávání nohou k sobě a přes sebe, neotáčení se na stranu, nenahýbání se dopředu, vyvarování se extrémních předklonů
- procvičování a opakování zásad správného sezení, polohy vleže s abdukčním klíčem (polštářem) mezi kolena
- zdůraznění nejdůležitějších bodů při chůzi
- neustálé opakování zakázaných a nebezpečných pohybů.

Ověřování vědomostí:

- následuje předvedení naučených postupů při obouvání obuvi a oblékání
- předvedení správných postupů chůze po rovině, do schodů i ze schodů
- dotazování a případné zodpovězení otázek stran nebezpečných a zakázaných pohybů po TEP kyčelního kloubu (Krčková, 2010).

Vyhodnocení edukační lekce

Rozhovorem a předvedením dovedností v oblasti pohybových postupů léčebného režimu po TEP kyčelního kloubu.

Vyhodnocení vlastních pocitů, obav na začátku, v průběhu a na konci edukační lekce. Pacient adekvátně zhodnocuje svoje vlastní pocity, jistotu, poznává svoje slabiny týkající se vůle, sebeovládání, trpělivosti a hledá možnosti k odstraňování těchto slabin (Kudlová, 2004, s. 9)

- umí bezpečně chodit pomocí francouzských berlí s odlehčením operované končetiny
- zná způsob obouvání a oblékání
- umí vyjmenovat zakázané polohy a pohyby
- umí zdůvodnit nutnost pravidelného cvičení a zásad pohybového režimu po propuštění z nemocnice
- ví, jak má být upraveno domácí prostředí.

Zásady po TEP kyčle, které je nutné dodržovat:

- Spát na pevném a rovném lůžku.
- Střídat chůzi, sed a leh. Věnovat pozornost únavě, nepřeceňovat své síly.
- Nesedat si do hlubokých křesel, přizpůsobit si správnou výšku pracovní židle. Na klasickou židli sedat pouze s polštářem. Při sezení na židli spočívají obě chodidla celou ploškou na zemi, kolena jsou mírně od sebe.
- Nekřížit nohy pod sebe, ani při lehu nebo stoji.
- Neležet a nespát na boku operované dolní končetiny – nepřetáčet se na operovaný bok dříve než za dva měsíce.
- Vleže na zdravém boku vkládat mezi kolena pevný polštář.
- Používat pevnou obuv s pevnou patou. Neužívat papuče či pantofle.

- Několikrát denně cvičit dle pokynů fyzioterapeuta.
- Neotáčet se na břicho bez pevného polštáře mezi nohama.
- Neodkládat berle, pokud to nedovolí lékař.
- Sedět maximálně do 90 úhlu mezi trupem a stehnem – nesedět v nízkém, měkkém křesle nebo v autě, ani na nízkém WC (bez nástavce).
- Důležitá je častá změna polohy – sedět můžete maximálně půl hodiny.
- Sedět na obou půlkách.
- Vyvarovat se dlouhého stání - ve frontě, doma.
- Nespěchat, chránit se před pádem. Odstranit všechny volně ležící předložky a rohože.
- Při chůzi po schodech nenosit zvlášť těžká břemena.
- Vyhybat se práci v předklonu a nezvedat předměty ze země tak, aby se při předklonu operovaná DK sunula po zemi vzad.
- Nepřetěžovat operovanou DK.
- Sledovat svoji hmotnost – nadváha vede k většímu opotřebenosti endoprotézy.
- Dodržovat doporučení lékaře o prevenci TEN, používat zdravotní punčochy nebo elastickou bandáž.
- Nezapomínat na pravidelné kontroly u Vašeho ortopéda.
- Při obtížích vyhledat lékaře.

Všechny tyto zásady je nutno dodržovat (Sosna, 2003).

PŘÍLOHA3

Kompenzační pomůcky po TEP kyčelního kloubu



Sedačka do vany



Francouzské berle



Podavač předmětů



Madlo na vanu



Madlo na WC



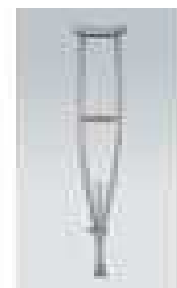
Madlo



Nástavec na WC



Oblékač ponožek



Podpažní berle

PŘÍLOHA 4

Edukační materiál:

Čeho se vyvarovat po TEP kyčelního kloubu:

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



2/ Nesedejte na židli bez opěradla.

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

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



5/ Nesedejte si na nízkou toaletní mísu!!!



6/ Na lůžku se nepřikrývejte tímto způsobem

7/ Pro nic se neohýbejte tímto způsobem



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



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

10/ Nikdy nekřížte operovanou končetinu přes zdravou!!!

11/ Při ležení mějte vždy malý polštářek mezi nohama.



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

Důležité je po propuštění do domácí péče mít v prvních šesti týdnech zajištěnou pomoc.

PŘÍLOHA5

Edukační záznam-posouzení, diagnostika

<p>Oddělení: JIP chirurgických obo- rů Příjmení, jméno klienta: K. M. Medicínská diagnóza: coxarthro- za l. dx. III. stupně TEP kyčelního kloubu l. dx. Edukovaný/á je: K klient/ka <i>RO</i> rodina <i>OS</i> ostatní</p>	<p>Vztah klienta ke zdravotnické- mu zařízení: X hospitalizovaný/ plánované propuštění: <input type="checkbox"/> ambulantní <input type="checkbox"/> účastník vzdělávací akce <input type="checkbox"/> jiné:</p>	<p>Edukace je zaměřena: X Vstupní informace <input type="checkbox"/> Jednorázové vzdělávání X Průběžné vzdělávání <input type="checkbox"/> Reeducace <input type="checkbox"/> Informace při propuštění <input type="checkbox"/> Jiné.....</p>
<p>Používání pomůcek, závislost na přístroji: <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> naslouchadlo X berle/vozík <input type="checkbox"/> dialýza <input type="checkbox"/> inzulin <input type="checkbox"/> respirační terapie <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> kardiostimulátor <input type="checkbox"/> medikace <input type="checkbox"/> jiné: Motorová dlah, molitanový klín, polštář</p> <p>Medikace ovlivňující edukaci: analgetika</p>	<p>Reakce na edukaci: DT Dotazy VP Verbalizace pochopení OV Odmítnutí výuky NO Nutno opakovat Ne Nezájem NP Neschopnost pochopit PD Prokázaná dovednost J Jiné.....</p>	<p>Forma edukace: U ukázka LE letáček V verbálně AVTV Audio/Video/TV PÍ písemně I instrukce J jiné:.....</p>
<p>Edukační potřeba v oblasti: <input type="checkbox"/> 1. Podpora zdraví <input type="checkbox"/> 2. Výživa <input type="checkbox"/> 3. Vylučování a výměna x 4. Aktivita/odpočinek <input type="checkbox"/> 5. Percepce/kognice <input type="checkbox"/> 6. Vnímání sebe sama <input type="checkbox"/> 7. Vztahy mezi rolemi <input type="checkbox"/> 8. Sexualita <input type="checkbox"/> 9. Zvládání/tolerance zátěže <input type="checkbox"/> 10. Životní principy x 11. Bezpečnost/ochrana x 12. Komfort <input type="checkbox"/> 13. Růst/vývoj</p>	<p>Plánované téma edukace: číslo, název: EP: 1. Seznámení s pracovištěm jeho chodem, řádem EP 2: Pooperační bolest EP 3: Vyprazdňování při použití podložní mísy po TEP EP 4: Rehabilitace kyčelního kloubu po TEP EP 5: Riziko pádu při chůzi o PB EP 6: Životospráva a TEP kyčel- ního kloubu</p>	<p>Existující komunikační bariéra: <input type="checkbox"/> Smyslová: sluch zrak čich chuť hmat <input type="checkbox"/> Fyzická: <input type="checkbox"/> Jazyková: cizí jazyk: <input type="checkbox"/> Řeč, čtení, psaní: afazie, dysfa- zie, apraxie, dyslexie, koktání <input type="checkbox"/> Etnická: <input type="checkbox"/> Duchovní: <input type="checkbox"/> Psychická: stres úzkost deprese jiné: <input type="checkbox"/> Neschopnost řeči: afázie:jiné: <input type="checkbox"/> Iatrogenní: lékař sestra léky jiné: <input type="checkbox"/> Věk: 70 let <input type="checkbox"/> Biorytmus X akutní bolest <input type="checkbox"/> Akutní nemoc, prognóza: <input type="checkbox"/> Jiné.....</p>
<p>Edukační anamnézu odebral/a, podpis, datum: Matušková, 5. 10. 2010</p>		<p>Zdroj informací: K. M., doku- mentace</p>

Datum: Od-do:	Téma (číslo) a forma (kód) vý- uky:	Reakce na edukaci: (kód)	Doporučení/řešení:	Příjemce edukace (vztah ke klientovi), podpis:	Edukátor, podpis:
4.10.	EP 1: VE	DT, VP	Klientka je poučena o ovládnání signali- začního zařízení, s chodem a režimem oddělení	klientka	Matušková
4.10.	EP 2: U, VE, I	DT, VP, PD	Klientka je seznámena s hodnotícími škálami bolesti, poučena o možnostech analgetizace před RHB a v případě bo- lesti, zná a již využívá úlevové polohy a gelové vaky k obkladům oper. Kyčle.	klientka	Matušková
4.10.	EP 3: U, VE, I	DT, PD,	Klientka ovládá signal. zařízení a je poučena o důvodu, technice a době vy- prazdňování na podl. míse, při vyprazd- ňování klientce zajištěno soukromí a následná hygiena.	klientka	Matušková
6.10.	EP 4: U, VE, I	DT, VP, PD	Klientka provádí RHB pod vedením fyzioterapeuta, ZS dohlíží na opakované cvičení kyčelního kloubu, využívání motorové dlahy a správnou techniku chůze o podpažních berlích.	klientka	Matušková
7.10.	EP 5: U, I	DT, VP	Klientka je seznámena s rizikovými faktory pádu. Je poučena o nutnosti do- provedu až do doby jisté chůze.	klientka	Matušková
12.10.	EP 6: U, VE, LE, I	DT, VP	Klientka má BMI 26, zavázala se, že po návratu domů bude postupně snižovat svoji hmotnost (2 kg za týden), omezí zejména tuky, cvičit bude na rotopedu, nebude podceňovat zánětlivá onemoc- nění.	klientka	Matušková

PŘÍLOHA 6

Cvičební jednotka po TEP kyčle:


Leh na zádech:

1. přitáhnout špičky nahoru a propnout dolů, poté kroužky kotníky
2. přitáhnout špičky nahoru, zatlačit kolena dolů do postele, výdrž 10 sekund a povolit
3. pomalu pokrčit DK a zpět natáhnout, totéž s druhou DK
4. propnout koleno, přitáhnout špičky nahoru a nataženou DK sunout do strany a zpět, totéž s druhou DK
5. stáhnout obě půlky hýždí k sobě, výdrž 10 sekund a povolit
6. stáhnout obě půlky hýždí k sobě, mírně zvednout hýždě od podložky, výdrž 3 sekundy, pomalu položit hýždě na postel a povolit
7. šlapání na kole
8. přitahovat střídavě, poté obě kolena k břichu, ale jen do pravého úhlu v kyčli
9. tisknout polštář mezi kolena, výdrž 5 sekund
10. pokrčit obě DK v kolenou a střídavě přešlapovat na posteli
11. opět pokrčit obě DK v kolenou a střídavě napínat končetiny v koleně

Sed – DK přes okraj postele:

1. přitáhnout špičky nahoru a propnout dolů (pata na podložce)
2. zvednout patu nahoru a vrátit zpět dolů (špička na podložce)
3. ohýbání ke špičkám
4. stáhnout obě půlky hýždí k sobě, výdrž 10 sekund a povolit
5. střídavě zvedat ohnutá kolena

PŘÍLOHA 7

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	MATUŠKOVÁ MONIKA
Téma bakalářské práce	ENKLACE V PACIENTŮ STOJÁNÍ ENDOCRINÉ ŽOBY KÝČELNÍHO
Skupina respondentů	PACIENTI ORTOPEDICKEHO OBNĚVENÍ
Pracoviště	ORTOPEDICKÉ ODD. SMH O.Z. PŘEROV

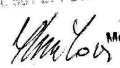
Děkujeme za pochopení a spolupráci.

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetrovatelství
760 01 ZLÍN

Ve Zlíně dne 10.12.2010


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Středomoravská nemocniční a.s.
odštěpný závod Nemocnice Přerov
hlavní sestra
751 52 Přerov, Dvořákova 75.
tel. 581 271 211 IČ: 27797860


Mgr. KRÁČKOVÁ ZUZANA
razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz