

Kvalita života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu

Tereza Rybařiková

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Tereza Rybaříková**
Osobní číslo: **H18556**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Kvalita života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality života u pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou standardizovaného dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- DUNGL, P. *Ortopedie*. Praha: Grada, 2014. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. 511 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
GALIA, C. R., T. A. RIBEIRO, C. V. DIESEL et al. Hip Arthroplasty. *Hip Surgeries* [online]. IntechOpen, 2019. [cit. 2021-10-18]. ISBN 978-1-83880-235-6. DOI: 10.5772/intechopen.84508.
IYER, K. M. *The Hip Joint* [online]. USA: Taylor and Francis, 2017. 492 p. [cit. 2021-10-18]. ISBN 978-981-4745-15-4. Dostupné z: <https://www.pdfdrive.com/the-hip-joint-e158144162.html>
SOSNA, A., P. VAVŘÍK, M. KRBEČ a kol. *Základy ortopedie*. Praha: Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.
ZEMAN, M., Z. KRŠKA a kol. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada, 2011. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Miroslava Kubicová, PhD.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

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(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 6.5. 2022

.....

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 vzdělávacímu 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). Odpírá-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 jím 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

Bakalářská práce s názvem Kvalita života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu se zabývá následnou kvalitou života pacientů, kterým byla implantována totální endoprotéza kyčelního kloubu. Práce je rozdělena na dvě části: praktickou a teoretickou. Teoretická část se zabývá kvalitou života, jednotlivými druhy totální endoprotézy kyčelního kloubu, přípravou k operaci a následnou péčí po operaci. V praktické části zjišťujeme a vyhodnocujeme úroveň kvality života pacientů po operaci.

Klíčová slova: totální endoprotéza, kyčelní kloub, kvalita života, ošetrovatelská péče

ABSTRACT

Bachelor thesis entitled Quality of life of patients after total hip arthroplasty deals with the subsequent quality of life of patients who have undergone total hip arthroplasty. The thesis is divided into two parts: practical and theoretical. The theoretical part describes quality of life, total hip arthroplasty, preparation for surgery and follow-up care after surgery. In the practical part we investigate and evaluate the quality of life of patients after surgery.

Keywords: total arthroplasty, hip joint, quality of life, nursing care

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat své vedoucí PhDr. Miroslavě Kubicové Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce a za její cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat rodině, přátelům a partnerovi, kteří mě během celého studia a psaní závěrečné práce podporovali.

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

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 10 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1 KVALITA ŽIVOTA | 12 |
| 1.1 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA..... | 12 |
| 2 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU | 13 |
| 2.1 HISTORIE TEP | 13 |
| 2.2 TYPY ENDOPROTÉZ..... | 13 |
| 2.2.1 Cementované endoprotézy | 14 |
| 2.2.2 Necementované endoprotézy | 14 |
| 2.2.3 Hybridní endoprotézy..... | 14 |
| 2.2.4 Hip resurfacing..... | 14 |
| 2.3 ZÁKLADNÍ OPERAČNÍ PŘÍSTUPY | 15 |
| 2.3.1 Anterolaterální přístup | 15 |
| 2.3.2 Transgluteální přístup..... | 15 |
| 2.3.3 Miniinvazivní přístup | 15 |
| 2.4 INDIKACE K TEP | 15 |
| 2.5 KONTRAINDIKACE K TEP | 16 |
| 2.6 KOMPLIKACE PO TEP | 16 |
| 3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | 18 |
| 3.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA | 18 |
| 3.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava | 18 |
| 3.1.2 Krátkodobá předoperační příprava..... | 19 |
| 3.1.3 Bezprostřední předoperační příprava | 19 |
| 3.2 POOPERAČNÍ PÉČE | 19 |
| 3.2.1 Tlumení bolesti..... | 20 |
| 3.2.2 Poloha pacienta a pohybový režim | 20 |
| 3.2.3 Prevence tromboembolické nemoci | 20 |
| 3.2.4 Vyprazdňování a bilance tekutin..... | 21 |
| 3.2.5 Hygienická péče a prevence proleženin | 21 |
| 3.2.6 Péče o invazivní vstupy | 21 |
| 3.2.7 Péče o operační ránu | 22 |
| 3.2.8 Péče o jizvu | 22 |
| 3.2.9 Propuštění..... | 23 |
| 3.3 REHABILITACE | 24 |
| 3.3.1 Rehabilitační péče během hospitalizace..... | 24 |
| 3.3.2 Návik sedu a stoje..... | 24 |
| 3.3.3 Návik chůze | 25 |
| 3.4 NÁVRAT DO KAŽDODENNÍHO ŽIVOTA | 25 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST | 26 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4 | VÝZKUM A JEHO METODIKA | 27 |
| 4.1 | CÍLE VÝZKUMU | 27 |
| 4.2 | POLOŽKY PŘÍRAZENÉ K CÍLŮM | 27 |
| 4.3 | METODIKA VÝZKUMU | 27 |
| 4.4 | VÝZKUMNÝ SOUBOR | 28 |
| 4.5 | SBĚR A ZPRACOVÁNÍ DAT | 28 |
| 5.1 | VÝSLEDKY MUŽŮ | 30 |
| 5.2 | VÝSLEDKY ŽEN | 32 |
| 5.3 | VYHODNOCENÍ STANDARDIZOVANÉHO DOTAZNÍKU KVALITY ŽIVOTA SF-36..... | 34 |
| 5.3.2 | Dimenze – omezení fyzické aktivity..... | 37 |
| 5.3.3 | Dimenze – bolest..... | 38 |
| 5.3.4 | Dimenze – všeobecné hodnocení zdraví | 39 |
| 5.3.5 | Dimenze – vitalita | 40 |
| 5.3.6 | Dimenze – sociální fungování..... | 41 |
| 5.3.7 | Dimenze – emoční problémy | 42 |
| 5.3.8 | Dimenze – emoční pohoda..... | 43 |
| 5.3.9 | Hodnocení celkového fyzické zdraví | 44 |
| 5.3.10 | Hodnocení celkového psychického zdraví..... | 45 |
| 5.3.11 | Index kvality života..... | 46 |
| 6 | DISKUZE | 47 |
| 6.1 | DOPORUČENÍ PRO PRAXI..... | 51 |
| | ZÁVĚR | 52 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 53 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK | 56 |
| | SEZNAM OBRÁZKŮ | 57 |
| | SEZNAM TABULEK..... | 58 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 59 |

ÚVOD

Tématem předložené bakalářské práce je kvalita života pacientů po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Tato problematika mě zaujala při absolvování odborné praxe na ortopedickém oddělení.

Už z názvu práce je zřejmé, že budeme hodnotit kvalitu života po výměně kyčelního kloubu. Kyčelní kloub je nejvíce namáhaný kloub v lidské těle, proto jeho opotřebením je tak časté. Průměrný věk populace stále stoupá, je proto snahou i lidem ve vyšším věku umožnit aktivní život bez bolesti a omezení. V České republice je ročně implantováno přes 10 tisíc totálních endoprotéz kyčelního kloubu. Tento zákrok je jedním z nejčastějších výkonů na ortopedických odděleních, proto by se měla této problematice věnovat stále větší pozornost.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola zahrnuje obecně kvalitu života, druhá kapitola stručně popisuje historii vývoje totálních endoprotéz, druhy endoprotéz, indikace a kontraindikace k provedení implantace a možné komplikace, které mohou nastat po výkonu. Třetí kapitola se věnuje ošetrovatelské péči o pacienta před a po výkonu. Praktická část zahrnuje výsledky výzkumného šetření, které bylo realizováno pomocí standardizovaného dotazníku SF-36. Dotazník obsahoval celkem 39 otázek zaměřených na fyzické fungování, fyzické omezení, tělesnou bolest, všeobecné zdraví, vitalitu, sociální fungování, emoční problémy a emoční pohodu. Dotazníky byly šířeny po zdravotnických zařízeních, kde byly vyplněny pacienty. Hlavním cílem této práce bylo zhodnotit, zda se zlepšila kvalita života pacientů po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita života se u nás začíná vyskytovat od druhé poloviny 20. století. Nelze jednoznačně objasnit, absolutizovat, přestože se o definici pojmu pokusilo mnoho autorů. Jde o čistě kvalitativní a do jisté míry subjektivní pojem. Kvalita lidského života závisí ve velké míře na zdraví, pocitu spokojenosti a na mezilidských vztazích. Pokud chceme vymezit, na jaký druh hodnocení je kvalita zaměřená, musíme určit jeho předmět a zároveň normu, se kterou je předmět porovnáván. V případě kvality života je předmětem hodnocení život. Nejčastějším objektem hodnocení je individuální život, který zahrnuje jevy a činnosti charakterizující živý organismus. Koncept kvality života zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí zkušenosti člověka od fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a prožíváním životního štěstí (Payne a kol., 2005, s. 253).

1.1 Měření kvality života

Analýzy kvality života jsou velice náročné. Vyžadují velký okruh témat a položek, protože kvalita života je oblast široce rozmanitá. Nástroje k zjišťování kvality života lze rozdělit na dva základní typy (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 166).

Prvním typem jsou nástroje generické, které jsou navrženy k hodnocení kvality života související se zdravím u jakékoli skupiny pacientů. Nejčastěji jsou zpracovány formou dotazníků. K často používaným generickým dotazníkům se řadí dotazník SF-36 (36 – Item Health Survey). Obsahuje 36 otázek, které jsou rozděleny do 8 domén. Dalším typem jsou dotazníky od Světové zdravotnické organizace – WHOQOL (World Health Organization Quality of life Assessment). Byly vytvořené v 90. letech pracovní skupinou WHOQOL, kterou tvořili zástupci 15 výzkumných center z celého světa. Tyto dotazníky jsou standartním nástrojem měření kvality života. Dotazník má dvě základní verze. Sebehodnotící dotazník WHOQOL-100 obsahuje 100 položek a je rozdělen na 6 domén týkajících se kvality života. Druhou verzí je WHOQOL-BREF, obsahuje 26 otázek rozdělených do 4 domén (Hudáková a Majerníková, 2013, 166).

Druhým typem jsou nástroje specifické, určené k hodnocení kvality života související se zdravím u konkrétních skupin nemocí. SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) je jednou z metod strukturovaného rozhovoru, který zjišťuje aspekty života, které jsou pro respondenta závažné (Vaňásková a Bednář, 2013, s. 133-134).

2 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU

Endoprotéza kyčelního kloubu je zákrok, při kterém dojde k výměně kloubní jamky i hlavice. Tento typ operace je považován za jeden z největších úspěchů moderní ortopedie. Výměna poškozeného kyčelního kloubu patří mezi nejnáročnější a nejčastější výkony v ortopedii. Tato operace významně zvyšuje průměrnou délku, kvalitu života a navrácí pacienty do normálního života bez bolesti. V České republice je ročně implantováno více než 10 tisíc kyčelních endoprotéz (Dungl, 2014, s.758).

2.1 Historie TEP

Totální endoprotéza kyčelního kloubu je považována za jednu z nejuspěšnějších ortopedických intervencí své generace. K prvním zaznamenaným pokusům o náhradu kyčelního kloubu došlo v Berlíně na konci devatenáctého století. Profesor Themistocles Gluck představil použití slonoviny k náhradě hlavic stehenní kosti pacientům, jejichž kyčelní klouby byly zničeny tuberkulózou. Později, koncem 19. a začátkem 20. století, chirurgové experimentovali s interpoziční artroplastikou, která zahrnovala umístění různých tkání mezi artikulující kyčelní povrchy artritické kyčle. V Londýně roku 1938 Philip Wiles a Marius Smith Petersen vytvořili pomocí nerezové oceli první totální náhradu kyčelního kloubu, která byla připevněna ke kosti pomocí šroubů. V únoru roku 1969 proběhla v Československu implantace první totální endoprotézy kyčelního kloubu. Na ortopedické klinice v Praze ji provedl profesor Oldřich Čech, který se zásadním způsobem zasloužil o vývoj vlastní endoprotézy a rychlé rozšíření této léčebné metody v celé republice. Operace endoprotézy kyčelního kloubu se v současné době stále rozrůstá a rozvíjí (Galia, Ribeiro a Diesel et al., 2019; Centrum prof. Čecha, © 2022).

2.2 Typy endoprotéz

Endoprotézy kyčelního kloubu dělíme podle rozsahu náhrady na endoprotézy cervikokapitální a totální. V případech cervikokapitálních endoprotéz je nahrazena pouze proximální část femuru a implantují se především pacientům se zlomeninou krčku stehenní kosti a starším pacientům s upoutáním na lůžko. U endoprotéz totálních se nahrazuje kloubní jamka i acetabulum. Dále endoprotézy dělíme podle fixace implantátu na kost. První skupinou jsou endoprotézy necementované, druhá skupina zahrnuje endoprotézy cementované. Hlavním rozdílem, který tyto dva typy endoprotéz odlišuje, je přítomnost a nepřítomnost kostního cementu. Využívají se i implantáty hybridní, které jsou

kombinací cementovaných i necementovaných endoprotéz, přičemž pomocí kostního cementu je upevněna pouze hlavice femuru (Dungl, 2014, s.763).

2.2.1 Cementované endoprotézy

Cementované endoprotézy jsou v republice používány od 60. let minulého století. Jedná se o nejstarší typ endoprotézy, který se dodnes běžně používá a je osvědčený. Cementované kloubní náhrady se skládají z polyetylenové kloubní jamky, která je do upraveného acetabula fixována kostním cementem. Tento typ endoprotézy je vhodnější pro starší pacienty, protože povrch kloubní náhrady je hladký a umožňuje krátce po operaci plné zatížení a včasnou rehabilitaci (Sosna, Vavřík, Krbec a kol., 2001, s.105).

2.2.2 Necementované endoprotézy

Necementované endoprotézy využívají ke své fixaci dokonalý kontakt přesně opracovaného kostního lůžka s povrchem endoprotézy. Jamky jsou zhotoveny z titanu, výjimečně ze slitiny. Dříky jsou pevně zaraženy do přesně opracovaného kostního lůžka proximálního konce femuru. Hlavice jsou vyrobeny nejčastěji z keramiky nebo ze speciálně upravených kovových slitin. Necementové endoprotézy jsou vhodnější pro mladší a aktivnější pacienty, protože jejich výměna při opotřebení je jednodušší kvůli nepřítomnosti cementu (Sosna, Vavřík, Krbec a kol., 2001, s. 103).

2.2.3 Hybridní endoprotézy

Hybridní endoprotézy jsou kombinací cementovaných a necementovaných endoprotéz. Jedna komponenta je připravena bez cementu, zpravidla se jedná o kloubní jamku a femorální dřík (Dungl, 2014, s. 799).

2.2.4 Hip resurfacing

Hip resurfacing je nová operační metoda, která se provádí od roku 2005. Nemění se celý kloub, ale jen zničené třecí plochy. Poškozené plochy jsou nahrazeny kovovým pláštěm. Indikace hip resurfacing je možná u pacientů, u kterých nejsou velké anatomické změny v oblasti kyčelního kloubu. Vhodná je rovněž u pacientů, u nichž je vzhledem k věku a úrovni pohybové aktivity implantace dříkové náhrady problematická. Resurfacing je zákrok pro pacienty méně náročný, kloub po operaci bolí méně, je plně pohyblivý a pacienti se lépe zotavují (Hradecká, 2010).

2.3 Základní operační přístupy

2.3.1 Anterolaterální přístup

Pacient je uložen na operačním stole v poloze na zádech s operovaným bokem přečnávajícím přes okraj. Kožní řez je veden laterálně v dlouhé ose femuru v délce 15 cm. Tento přístup lze použít pro primární a revizní endoprotézy kyčelního kloubu a také pro implantaci hip resurfacing (Dungl, 2014, s. 774; Iyer, 2017, s. 243).

2.3.2 Transgluteální přístup

Stejně jako u anterolaterálního přístupu pacient leží na operačním stole v poloze na zádech s operovaným bokem přečnávajícím přes okraj. Oproti anterolaterálnímu přístupu umožňuje lepší přehlednost při implantaci. Transgluteální přístup se nejčastěji volí u pacientů při výměně endoprotézy (Dungl, 2014, s. 775).

2.3.3 Miniinvazivní přístup

U této metody je potřeba jen jeden krátký řez o délce 5–8 cm a opracování kyčelního kloubu a jeho následné nahrazení se provádí mezi svaly jejich pouhým rozhrnutím. Tento přístup maximálně chrání tkáň v okolí kyčelního kloubu. Minimální poškození tkání znamená pro pacienta menší bolestivost, menší otok, menší krevní ztráty, snížené riziko infekce a časnou mobilizaci již následující den po operaci. Tím dochází především ke snížení rizika tromboembolických a plicních komplikací (Dungl, 2014, s. 775; Kučera, 2005).

2.4 Indikace k TEP

Totální endoprotéza kyčelního kloubu je indikována u pacientů, u kterých selhaly konzervativní nebo předchozí chirurgické možnosti léčby zhoršeného kyčelního kloubu, u kterých přetrvávají bolesti a výrazný pokles aktivit každodenního života.

Patologicko – anatomické nálezy:

- Artróza kyčelního kloubu
- Aseptická nekróza
- Zlomenina krčku a hlavice kyčelního kloubu
- Nádorové onemocnění kyčelního kloubu

- Stavy zánětlivé i prozánětlivé, revmatoidní artritida
- Systémová onemocnění postihující pohybový aparát
- Vrozené vady kyčelního kloubu
- Vývojové dysplazie kyčle (Iyer, 2017, s. 231; Jahoda, 2020, s. 2)

2.5 Kontraindikace k TEP

Některé okolnosti nebo stavy pacienta vylučují provedení operace. Uschopnění pacienta k operaci vždy posuzuje lékař. Mezi takové příčiny vylučující operaci řadíme:

- Přítomnosti infekčního ložiska kdekoli v organismu – kožní afekce v oblasti dolních končetin, mykózy, bércové vředy, infekce urogenitálního traktu, horních cest dýchacích i chrupu
- Závažná kardiopulmonální onemocnění
- Cévní onemocnění – ischemická onemocnění tepen dolních končetin, stavy po opakovaných flebotrombózách
- Postižení CNS a stavy vedoucí ke kvalitativním poruchám vědomí, znemožňující pooperační spolupráci (Jahoda, 2020, s. 2)

2.6 Komplikace po TEP

Komplikace spojené s endoprotézou kyčelního kloubu se mohou mezi skupinami pacientů lišit – věk, pohlaví, kvalita kostí a komorbidita. Komplikace lze rozdělit na obecné a specifické (Kučera, 2007).

Obecné komplikace jsou identické se všemi ortopedickými a chirurgickými operačními výkony. Mezi tyto komplikace patří poruchy funkce srdce, krvácení, tromboembolická nemoc, poruchy průchodnosti žilního systému dolních končetin (Jahoda, 2020, s. 6).

Specifickými komplikacemi po implantaci kyčelního kloubu mohou být poruchy hojení rány. Mezi poruchy hojení patří zpomalené hojení provázené serózní aseptickou sekrecí, drobné okrajové nekrózy, stehové abscesy píštěle a také povrchová infekce. Další komplikací, která nepříznivě ovlivňuje hojení a pooperační rehabilitaci, je flebotrombóza. Flebotrombóza může pacienta ohrozit na životě rizikem plicní embolie. Při zákroku může dojít také k poranění nervů (n. femoralis, ischiadicus, fibularis) a cév (a. femoralis). Infekční komplikace výrazně prodlužuje proces hojení, vyžaduje složité léčebné procesy,

a mohou způsobit selhání implantátu. V pooperačním období také hrozí luxace endoprotézy, ke které dochází při neopatrném pohybu či pádu pacienta. Tento stav se vyřeší opětovným nahozením v anestezii nebo operací. Další velice častou komplikací jsou zlomeniny v oblasti endoprotézy, které vyžadují operativní řešení s použitím speciálního implantátu nebo titanových pásků. Uvolnění jedné nebo obou komponent endoprotézy spočívá ve ztrátě kontinuity v místě spojení kosti a implantátu. Průměrná doba životnosti implantátu je 12-15 let. V některých případech dochází k selhání i dříve. Tento stav vyžaduje reoperaci a zavedení nové endoprotézy (Dungl, 2014, s. 784–785; Jahoda, 2020, s. 6; Halášová a Panošová, 2010).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

3.1 Předoperační příprava

Cílem předoperační přípravy je vytvořit nemocnému optimální podmínky pro zvládnutí operační zátěže, dobré a nekomplikované hojení a následnou rekonvalescenci. U tohoto zákroku předoperační příprava začíná již několik měsíců před výkonem. Předoperační přípravu dělíme na dlouhodobou předoperační přípravu, krátkodobou a bezprostřední předoperační přípravu (Slezáková a kol., 2019, s. 34; Zeman, Krška a kol., 2011, s. 126).

3.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava

U plánovaných operačních výkonů pacient přichází na doporučení specialisty na ortopedické oddělení k indikaci operačního výkonu. Pokud je chirurgické řešení indikováno a pacient s navrženým postupem souhlasí, je určen termín operace a vystavena žádanka na předoperační vyšetření. Předoperační vyšetření zahrnuje tato laboratorní vyšetření: krevní obraz, hemokoagulace, krevní skupiny a Rh faktor, vyšetření iontů, jaterní a pankreatické parametry, parametry funkce ledvin, celková bílkovina, glykemie a vyšetření moči. K předoperačnímu vyšetření patří EKG a rentgenové vyšetření srdce a plic. Po provedení uvedených vyšetření je pacient odeslán k internistovi, který posoudí celkový zdravotní stav a určí rizika pro operační výkon vyplývající ze zjištěného stavu, případně upraví medikace pro předoperační období. Tato předoperační vyšetření nesmí být staršího data než 14 dnů před výkonem. Základní předoperační vyšetření mohou být doplněna o další speciální vyšetření na základě rozhodnutí lékaře podle celkového stavu pacienta. V rámci předoperační přípravy může být pacientovi doporučen odběr tzv. autotransfuze. V dnešní době už není odběr autotransfuze tak častý, záleží na zvyklostech pracoviště (Schneiderová, 2014, s. 63; Slezáková a kol., 2019, s. 34).

Další podmínkou pro provedení operace je úprava hmotnosti pacienta, aby nový kloub nebyl příliš zatěžován. Obecně je požadováno, aby pacientovo BMI nepřekračovalo 30 bodů. Ještě před operací dochází k edukaci pacienta o průběhu pooperační rehabilitace, provede se nácvik chůze o berlích, správné pohyby na lůžku a při použití toalety (Slezáková a kol., 2019, s. 35).

3.1.2 Krátkodobá předoperační příprava

Období krátkodobé předoperační přípravy je omezeno na 24 hodin před samotným výkonem. Každý pacient musí být před operačním výkonem nejméně 6-8 hodin nalačno. U pacientů s poruchami výživy a s dehydratací se zajišťuje přívod energie a tekutin parenterální cestou, dochází tak ke snížení rizika pooperačních komplikací. Pacient má zaveden permanentní močový katetr, který se mu ponechá do té doby, než bude dostatečně soběstačný. Podle zhodnocení soběstačnosti provádí pacient celkovou hygienu, pozornost se věnuje stavu nehtů, vlasů, používání kosmetických přípravků a dezinfekci pupku. Operační pole musí být dobře oholené a místo musí být čisté. Den před operací ordinuje anesteziolog sedativa a hypnotika. Nerušený spánek a odpočinek pomáhá zvládnout stres před operačním výkonem. Šperky, rovnátka, zubní náhrady, piercingy a spodní prádlo si musí pacient sundat. Jako prevenci tromboembolické nemoci přikládáme bandáže nebo anti embolické punčochy na dolní končetiny. Poté anesteziolog přichází za pacientem na oddělení, hodnotí jeho zdravotní stav a seznamuje pacienta s anestezií a také s rizikem, které může nastat v průběhu operace. Doplňuje anesteziologické ordinace před výkonem a rozhoduje o premedikaci u pacienta. Posledním úkolem sester a lékařů před operací je minimalizovat stres a strach z operace. Dáme pacientovi prostor k případným dotazům týkajících se zákroku a snažíme se mu všechno zodpovědět (Slezáková a kol., 2019, s. 35).

3.1.3 Bezprostřední předoperační příprava

Tato příprava se odehrává v den operace přibližně 2 hodiny před výkonem. Součástí je kontrola dokumentace pacienta, kontrola operačního pole, přikládání bandáží nebo kompresních punčoch, sundání šperků, vyjmutí chrupu. Premedikace se aplikují na základě předpisu anesteziologa. Zajistí se periferní žilní vstup případně permanentní močový katetr (Slezáková a kol., 2019, s. 36).

3.2 Pooperační péče

Bezprostřední pooperační péče je období ukončení a doznívání anestezie, obnovení bdělosti a návrat obranných reflexů. V tomto období je péče zaměřena především na sledování vitálních funkcí, tlumení bolesti a sledování projevů případných komplikací. Pacient po implantaci endoprotézy bývá uložen na jednotku intenzivní péče nebo na dospávací pokoj. Po stabilizaci stavu je pacient přeložen na standartní ortopedické oddělení nejčastěji druhý pooperační den. Ošetrovatelská péče je zde soustředěna na monitoraci

a tlumení bolesti, sleduje se prokrvení končetin, operační rána, krevní ztráty do Redonova drénu, příjem a výdej tekutin dle kterého jsou pacientovi podávány parenterální cestou infuzní roztoky. Všechny ošetrovatelské intervence by měly směřovat k postupné soběstačnosti pacienta (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 188; Slezáková a kol., 2019, s. 37).

3.2.1 Tlumení bolesti

Pooperační bolest je jedním ze základních doprovodných jevů po operaci. Bolest je definována jako nepříjemný subjektivní prožitek doprovázený vegetativními a psychickými reakcemi. Každý člověk je individuální, je tedy nutné u každého pacienta bolest hodnotit jednotlivě. Úkolem sestry je zjistit intenzitu a lokalizaci bolesti. K hodnocení intenzity bolesti se nejčastěji využívá vizuální analogová škála, kdy pacient svoji bolest vyjádří číslem 0-10. K tlumení pooperační bolesti můžeme podat neopioidní analgetika, opioidy nebo místní anestetika. Analgetika jsou aplikována buď intravenózně, subkutánně, intramuskulárně nebo per os, dle ordinace lékaře. Při podání analgetik hodnotíme nejen léčebné účinky, ale i případné nežádoucí reakce. Sestra zapisuje do pacientovi dokumentace intenzitu bolesti před podáním analgetik a po podání analgetik s odstupem jedné hodiny. Další možností tlumení bolesti je přikládání chladivých obkladů a pomoc při hledání úlevové polohy (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 219).

3.2.2 Poloha pacienta a pohybový režim

Pacient po implantaci endoprotézy leží v poloze na zádech, dolní končetiny jsou v extenzi a mírné abdukci, mezi kolena je vložen abdukční trojúhelník. Nezbytná je časná mobilizace a rehabilitace, pod vedením zkušeného fyzioterapeuta, ten pacienta seznámí se základními pohyby, které smí a nesmí vykonávat po operaci. Mezi pohyby, které pacient může vykonávat včas po operaci, patří posazování se do mírného sedu na lůžku, přitahování špiček dolních končetin. Pohyby, které by pacient neměl vykonávat, aby nedošlo ke komplikacím, je pokrčení operované končetiny nad 90°, sed do pravého úhlu a křížení dolních končetin přes sebe (Kluska, 2016).

3.2.3 Prevence tromboembolické nemoci

V pooperačním období je nutné se věnovat prevenci vzniku flebotrombóz, flebotromboflebitidy a jejich nejobávanější komplikaci plicní embolii. Na prevenci vzniku už se zaměřujeme před operací přikládáním bandáží a podávají se antikoagulanty. Po operaci jako prevence se zahájí včasná mobilizace pacienta a nácvik dechové rehabilitace.

Nadále se přikládají na dolní končetiny bandáže a aplikují se antikoagulancia. Dle ordinace lékaře pacientovi podáváme perorální antikoagulancia Xarelto, Warfarine, nebo aplikací do podkoží nízkomolekulární hepariny Clexane či Fraxiparine. U pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu je indikována profylaxe antikoagulanciemi po dobu alespoň 28–35 dnů (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 271).

3.2.4 Vyprazdňování a bilance tekutin

Do 6-8 hodin po výkonu by se pacient měl spontánně vymočit, pokud se tak nestane, můžeme mikci podpořit fyzikálními prostředky nebo provedeme katetrizaci močového měchýře. Jestliže má pacient zavedený permanentní močový katetr, kontrolujeme, zda je katetr průchozí a odvádí moč, dále kontrolujeme barvu a příměsi v moči. Permanentní močový katetr se ponechá do doby, než se pacient naučí sebeobsluhy, a je schopný si dojít na toaletu. Po operaci se u pacienta sleduje diuréza po šesti hodinových intervalech a celkové vyhodnocení se provádí za každých 24 hodin. Diuréza je nezbytná v prvních pooperačních dnech, protože významně ovlivňuje celkový stav pacienta a jeho proces uzdravování. Do příjmu tekutin počítáme infuzní roztoky podány parenterální cestou a tekutiny přijímány per os. K obnovení peristaltiky by mělo dojít do 3-4 dní po operaci. V případě přetrvávající střevní parézy můžeme peristaltiku podpořit medikamentózně např. podáním Laktolozí. K podpoře peristaltiky může také pomoci včasná mobilizace pacienta (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 224; Slezáková a kol., 2019, s. 39; Zeman, Krška a kol., 2011, s. 269).

3.2.5 Hygienická péče a prevence proleženin

Soběstačnost je v pooperačním období omezena klidovým režimem. Při hygieně je nutná asistence ošetřujícího personálu. V prvních dnech se všechny hygienické potřeby provádí na lůžku. U starších a imobilních pacientů musíme věnovat zvýšenou pozornost predilekčním místům, kde hrozí riziko vzniku dekubitů. Prevenci dekubitů podpoříme promazáváním kůže, polohováním, udržováním čistého ložního prádla. U pacientů s inkontinencí vyměňujeme inkontinenční pomůcky dle potřeby (Kluska, 2016; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 224).

3.2.6 Péče o invazivní vstupy

Pacient má nejčastěji po operaci zavedený periferní nebo centrální žilní vstup pro aplikaci infuzní terapie. Kontrola žilních vstupů patří mezi běžné denní sesterské činnosti a provádí

se každý den. Kontroluje se funkčnost katetru, okolí místa vpichu, zda není bolestivé či zarudlé. V případě přítomnosti některého z příznaků informujeme lékaře. Periferní žilní katetr může být zavedený maximálně 72 hodin naopak centrální žilní katetr se může ponechat bez přítomnosti komplikací až 3 týdny (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 226).

Pokud má pacient zavedený permanentní močový katetr, dbáme na prevenci infekce močových cest a pravidelně dezinfikujeme katetr v místě vstupu do močové trubice. Močový sáček se mění dle zvyklostí oddělení. Permanentní močový katetr se ponechává zavedený do doby, než je pacient schopen dojít si na toaletu (Jirkovský a kol., 2012, s. 220).

Po implantaci endoprotézy má pacient v ráně zavedený Redonův drén, který je napojený na zdroj podtlaku a slouží k odvádění sekretu a krve z rány. Většinou se drén zavádí v průběhu operace a v pooperačním období se kontroluje a zaznamenává množství sekretu odvedeného z rány (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 228).

3.2.7 Péče o operační ránu

První den se u operační rány kontroluje pouze krycí obvaz, jestli neprosakuje. Pokud dojde k prosáknutí, krytí se doplní o další vrstvu. Při dalším prosáknutí je nutné informovat lékaře. Převaz operační rány, pokud nenastaly žádné komplikace, se provádí druhý pooperační den. Z rány sejmeme původní krytí a ránu očistíme dezinfekcí. Cílem čištění je odstranit z rány nečistoty, krusty a mikroorganismy. Po očištění rány z obalu vyjmeme sterilní krytí, přiložíme na ránu a přelepíme náplastí po okrajích. Vrstva krytí se řídí podle množství sekretu z rány. V místě drénu se k převazu používají nastřižené sterilní čtverce, které se přikládají z obou stran drenážní hadice. O odstranění Redonova drénu rozhoduje lékař. Standartně se odstraňuje druhý až třetí pooperační den, pokud neodvádí velké množství sekretu. Při odstranění drénu dezinfikujeme místo vstupu, přerušíme podtlak, pokud je drén fixován stehem, odstříháme steh tak, aby žádná část nezůstala pod kůží. Po vytažení drénu na místo přiložíme silnější vrstvu sterilního krytí. Stehy z operační rány se odstraňují 10–14 den po operaci. Pacient je edukován o následné péči o jizvu (Kluska, 2016; Vytejčková a kol., 2015, s. 219).

3.2.8 Péče o jizvu

Důležitá je také péče o pooperační jizvy. Čerstvá jizva se musí udržovat v čistotě. Následně vzniklý strup se nesmí strhávat, je lepší počkat na samovolné odloučení.

Nejméně 3 měsíce po operaci nevystavovat jizvu slunečnímu svitu. Pacient by se měl vyhýbat soláriu, sauně a chladu. Pacient by měl omezit sportovní aktivity, které by mohly způsobit tah kůže. Dále by také pacient měl vynechat nošení těsného oblečení, obzvláště ze syntetických materiálů. S koupáním ve vaně by měl pacient dva až čtyři týdny počkat. Vhodnější je sprchování a mytí jemným mýdlem, které nedráždí kůži. Dobré je také jizvu masírovat a promašťovat, aby nedošlo k jejímu přesychání (Smičková, 2011).

3.2.9 Propuštění

Pacient je obvykle propuštěn 10. – 14. pooperační den. Ze zdravotnického zařízení pacienti odchází ve stabilizovaném stavu s již uspokojivým rozsahem hybnosti operovaného kloubu a dostatečnou kvalitou sebeobsluhy. Rehabilitační péče pokračuje i po propuštění z nemocnice, a to ambulantně, nebo na rehabilitačním oddělení. Pacient může také zvolit lázeňskou péči. Komplexní lázeňskou péči může indikovat ortoped nebo rehabilitační lékař. Tu by měl pacient nastoupit až po skončení rehabilitace, aby měl zafixovány správné pohybové stereotypy. Pacient propuštěný do domácí péče musí být důkladně edukován o režimových opatřeních, domácím cvičení a aktivitách, které je nebo naopak není vhodné provádět. Pacient je obvykle do 6 měsíců od operace schopen k návratu do běžného života (Kolář et al., 2009, s. 430).

3.3 Rehabilitace

Rehabilitace je kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků. Rehabilitace hraje velmi podstatnou roli v zabezpečení dobré funkce a životnosti totální náhrady. Časná pohybová aktivita po operaci, navazující na nácvik úkonů před ní, je základním předpokladem nejen brzké normalizace tělesných funkcí, ale i prevencí řady komplikací. Cílem je naučit pacienta soběstačnosti a obnovit pohyb kloubu co v největší míře. Lékař určuje míru pohyblivosti a zátěže, fyzioterapeut poté s pacientem pohyb nacvičuje a všeobecná sestra se věnuje polohám, polohováním a pokračuje s nácvikem hybnosti pacienta během dne (Dylesvký, 2009, s. 32; Vytejčková a kol., 2011, s. 78; Zeman, Krška a kol., 2011, s. 276).

3.3.1 Rehabilitační péče během hospitalizace

Předoperační rehabilitační fáze se zaměřuje na ošetření postiženého kloubu, na nácvik chůze s odlehčením postižené končetiny s oporou podpažních berlí nebo francouzských holí. Dále zahrnuje úpravu stereotypu dýchání, nácvik sebeobsluhy a edukaci pacienta o průběhu pooperační rehabilitace (Kolář et al., 2009, s. 429).

Hlavním cílem pooperační rehabilitace je nácvik chůze o berlích s odlehčením operované končetiny, nácvik sebeobsluhy a obnovení základních pohybových stereotypů. Každý den dochází za pacientem fyzioterapeut, který ho seznámí se základními rehabilitačními cviky, posilováním svalstva horních a dolních končetin a dechovou gymnastikou. Dále fyzioterapeut s pacientem nacvičuje lež na boku na zdravé končetině s klínem nebo tvrdou podložkou mezi kolena, aby nedošlo k zevní rotaci v kyčli. Hned první den po operaci pacient začíná s nácvikem sedu a sestupem z lůžka, který naváže na nácvik chůze o podpažních berlích nebo francouzských holích s odlehčením operované končetiny, nácvik chůze po schodech začíná přibližně sedmý pooperační den (Kolář et al., 2009, s. 429; Kluska, 2016; Vytejčková a kol., 2011, s. 79.).

3.3.2 Nácvik sedu a stoje

Pacient se z lehu v lůžku uvede do polosedu, pootočí se na hýždích a rukou do strany. Poté postupně spouští dolní končetiny z lůžka. Sedící pacient předsune operovanou dolní končetinu vpřed a zdravá dolní končetina je mírně zasunuta pod lůžkem. Pacient provede stoj s berlemi s přenesením zátěže přes zdravou dolní končetinu (Vytejčková a kol., 2011, s. 95).

3.3.3 Nácvič chůze

V časném pooperačním období terapeut s pacientem nacvičí chůzi o podpažních berlích nebo francouzských holích s plným odlehčením operované končetiny. Chůze po rovině tohoto typu se nazývá trojbodová. Nejdříve pacient obě berle pokládá před sebe na vzdálenost vlastního menšího kroku. Poté mezi berle položí operovanou končetinu bez zatížení a následně přikročí i končetina druhá. Chůze po schodech probíhá zcela opačně. Nejdříve se pacient vzepře do berlí a vykročí zdravá končetina, tu následuje končetina operovaná a jako poslední se přidají berle (Novotná, 2014).

3.4 Návrat do každodenního života

Návrat do normálního života je u každého pacienta individuální. Udává se, že po třech až šesti měsících dochází k přechodu na plnou zátěž operované končetiny. Nadále je ovšem vhodné dodržovat opatření při předklonu, při ulehávání do lůžka a nekřížit dolní končetiny. Pokud pacientovi nedělá problém chůze, může postupně odložit berle při chůzi po bytě. Návrat do zaměstnání je u každého pacienta velmi individuální podle pracovní zátěže. Výraznější pracovní zátěž se nedoporučuje ani s větším odstupem od operace, doporučuje se s návratem 6-12 měsíců vyčkat. Sexuální aktivita může být obnovena s velkou ohleduplností partnera. Je důležité se vyvarovat zevní rotaci, ohnutí kyčelního kloubu nad 90° a výraznějšímu předklonu. Osobní hygienu po operaci je nejlepší provádět ve sprchovém koutě, vhodné je použití protiskluzové podložky k prevenci pádu. V případě hygieny ve vaně je potřeba vanu vybavit sedátkem. V obou případech je důležité dávat pozor na kluzkou podlahu. Jízda automobilem jako spolujezdec je možná již po propuštění z nemocnice, vhodná jsou zvýšená sedadla nebo vložení podložky či polštáře na sedadlo. Řízení auta se nedoporučuje dříve než po šesti měsících od operace. Lehké rekreační sportovní aktivity je možné zahájit s odstupem šesti měsíců od operace. Vhodné je plavání, chůze, golf, jízda na kole. Naopak sporty, kterým je lepší se vyvarovat, jsou kontaktní sport, lyžování, jízda na koni a sporty, které nesou vysoké riziko nekontrolovatelného pádu (Halásková a Panošová, 2010).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM A JEHO METODIKA

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života pacientů po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu.

Dílčí cíle

1. Zjistit, jak respondenti hodnotí své zdraví ve srovnání se stavem před rokem.
2. Zjistit, fyzické a sociální zdraví respondentů po implantaci totální endoprotézy.
3. Zjistit, které běžné denní činnosti jsou po implantaci totální endoprotézy obtížné.
4. Zhodnotit, zda svůj subjektivní stav hodnotí lépe muži nebo ženy.

4.2 Položky přiřazené k cílům

Položka číslo 2 se vztahuje k 1. dílčímu cíli a zjišťuje, jak respondenti hodnotí své zdraví se stavem před rokem.

Položky číslo 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 se vztahují k 2. dílčímu cíli a zjišťují, fyzické a sociální zdraví respondentů po implantaci totální endoprotézy. Tytéž položky slouží k vyhodnocení čtvrtého dílčího cíle.

Položka číslo 3 a její otázky 1–10 se vztahují k 3. dílčímu cíli a zjišťují, které běžné denní činnosti jsou po implantaci totální endoprotézy obtížné.

Položky číslo 12, 13, 14 zjišťují sociodemografické údaje respondentů.

4.3 Metodika výzkumu

Pro praktickou část jsem zvolila kvantitativní šetření formou dotazníku. Ke zjištění kvality života v souvislosti se zdravím byl použit standardizovaný dotazník Short-Form 36 (SF-36). Dotazník je sestaven z 11 otázek a celkem 36 položek rozdělených do 8 dimenzí: fyzická aktivita, fyzické omezení, bolest, emoční problémy, sociální fungování, vitalita, emoční pohoda a všeobecné zdraví. Dotazník jsem doplnila o sociodemografické údaje k identifikaci respondentů. Každá otázka obsahuje několik odpovědí na principu škálové stupnice. Jednotlivé dimenze jsou hodnoceny body 0-100. Otázky jsou postaveny tak, že vyšší skóre signalizuje lepší kvalitu života. Skóre pod 50 bodů je považováno za podprůměrné, tedy signalizuje horší zdravotní stav a kvalitu života.

Všechny otázky jsou uzavřené, lze vybrat jen jednu odpověď. Všechny otázky v dotazníku jsou povinné. Dotazník je zcela anonymní a šířen tištěnou formou po zdravotnických zařízeních. Výzkum probíhal v těchto zařízeních: Nemocnice Kyjov, Uherskohradištská nemocnice, Lázně Hodonín a KNTB Zlín. Celkový počet vyplněných dotazníků je 73.

4.4 Výzkumný soubor

Respondenty byli pacienti po implantaci kyčelní endoprotézy. Podmínkou vyplnění dotazníku bylo, že pacienti byli alespoň 3 měsíce, a ne více jak 6 měsíců po operaci.

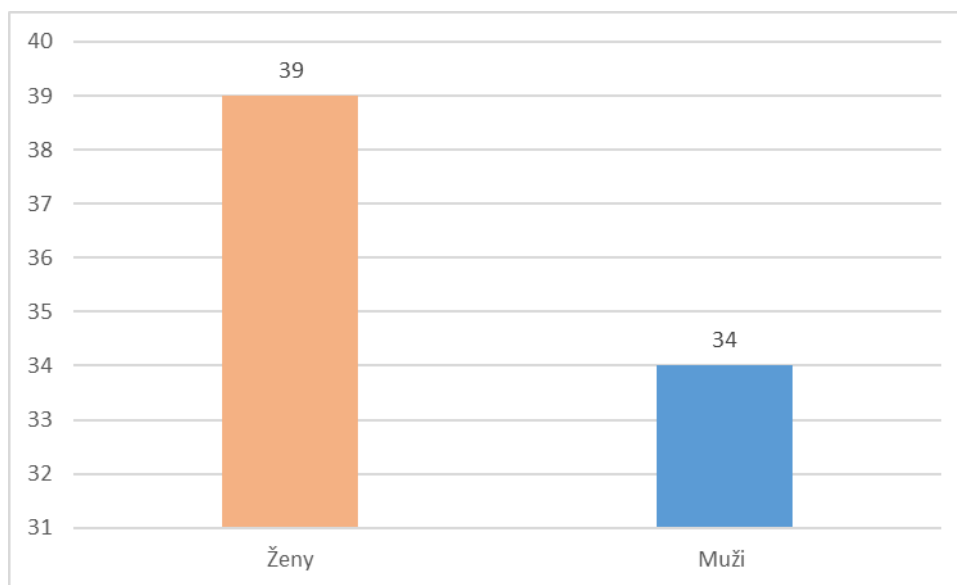
4.5 Sběr a zpracování dat

Sběr dat proběhl v březnu 2021/2022. Celkový počet rozdaných dotazníků činil 100. Počet navrácených dotazníků čítá 73. Úspěšnost vyplnění je 73 %. Vyhodnocování dotazníků probíhalo prostřednictvím Microsoft Excel.

5 VÝSLEDKY

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

| Pohlaví | Respondenti | Podíl |
|---------|-------------|---------|
| Ženy | 39 | 53,43 % |
| Muži | 34 | 46,57 % |
| Celkem | 73 | 100 % |



Obrázek 1 Pohlaví respondentů

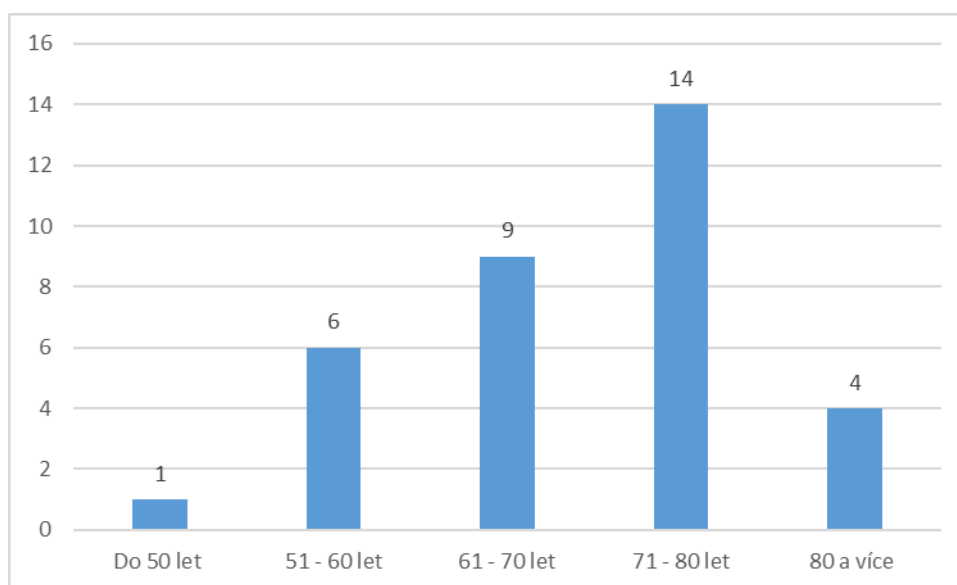
Komentář:

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 73 respondentů (100 %). Ze získaných odpovědí vyplývá, že ve sledovaném souboru respondentů je 39 žen (53,43 %) a 34 mužů (46,57 %).

5.1 Výsledky mužů

Tabulka 2 Věk respondentů (muži)

| Věk | Respondenti | Podíl |
|-----------|-------------|---------|
| Do 50 let | 1 | 2,94 % |
| 51–60 let | 6 | 17,65 % |
| 61–70 let | 9 | 26,47 % |
| 71–80 let | 14 | 41,18 % |
| 80 a více | 4 | 11,76 % |
| Celkem | 34 | 100 % |



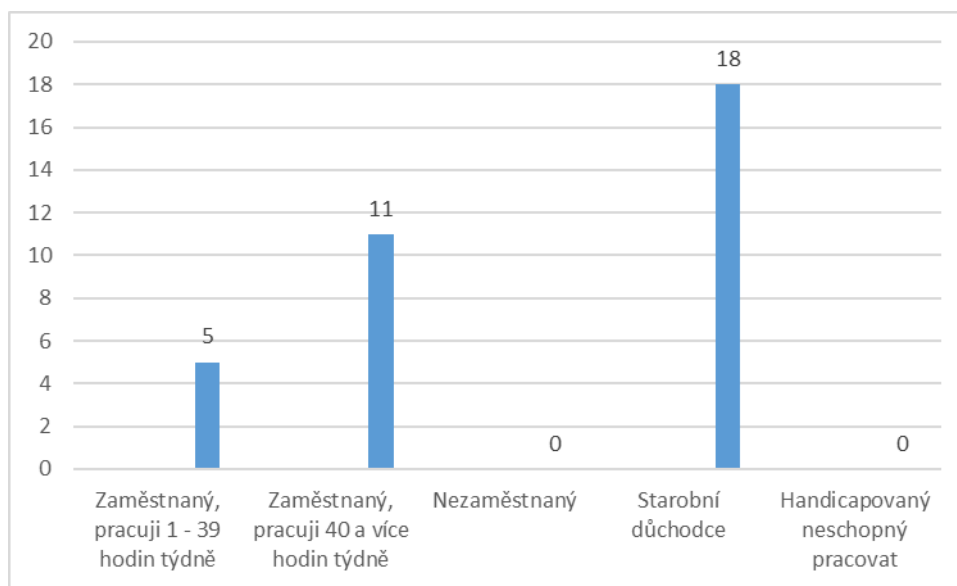
Obrázek 2 Věk respondentů (muži)

Komentář:

Z celkového počtu 34 mužů (100 %) nejméně zastoupenou byla kategorie do 50 let, s počtem 1 (2,94%) respondentů. Další kategorií 51–60 let označilo 6 (17,65 %) respondentů. Kategorii 61–70 let označilo 9 (26,47 %) respondentů. Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou byli muži 71–80 let (41,18 %). Poslední kategorii 80 a více let označili 4 (11,76 %) respondenti.

Tabulka 3 Pracovní stav (muži)

| Pracovní stav | Respondenti | Podíl |
|---|-------------|---------|
| Zaměstnaný, pracuji 1–39 hodin týdně | 5 | 14,70 % |
| Zaměstnaný, pracuji 40 a více hodin týdně | 11 | 32,35 % |
| Nezaměstnaný | 0 | 0 % |
| Starobní důchodce | 18 | 52,95 % |
| Handicapovaný neschopný pracovat | 0 | 0 % |



Obrázek 3 Pracovní stav (muži)

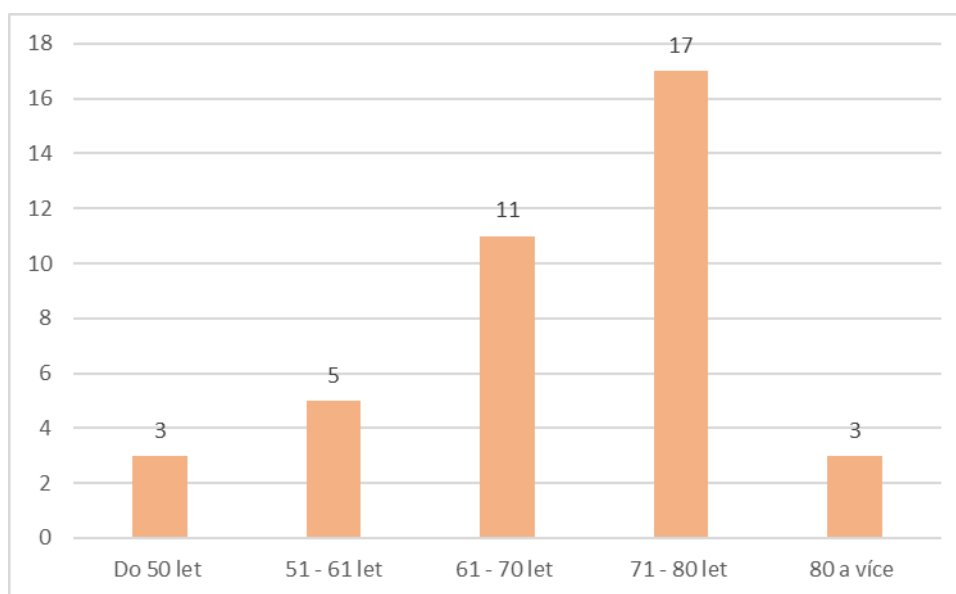
Komentář:

Z celkového počtu 34 mužů (100 %) 5 (14,70 %) uvedlo že pracují 1–39 hodin týdně. Dalších 11 respondentů (32,35 %) vybralo odpověď, že pracují 40 a více hodin týdně. Největší zastoupení 18 respondentů (52,95 %) byla kategorie starobního důchodu. Odpověď handicapovaný a nezaměstnaný neoznačil žádný respondent.

5.2 Výsledky žen

Tabulka 4 Věk respondentů (ženy)

| Věk | Respondenti | Podíl |
|-----------|-------------|---------|
| Do 50 let | 3 | 7,70 % |
| 51–60 let | 5 | 12,82 % |
| 61–70 let | 11 | 28,20 % |
| 71–80 let | 17 | 43,58 % |
| 80 a více | 3 | 7,70 % |
| Celkem | 39 | 100 % |



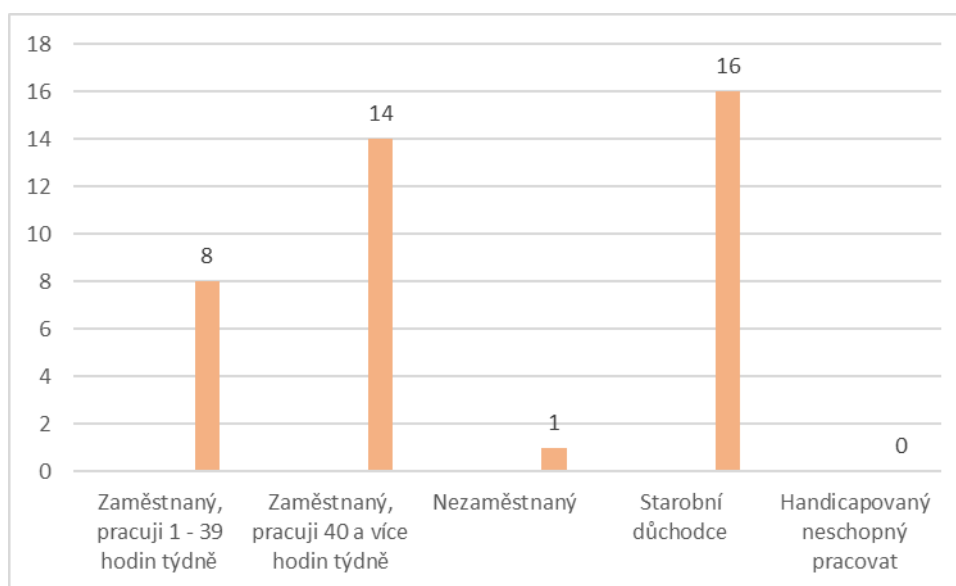
Obrázek 4 Věk respondentů (ženy)

Komentář:

Z celkové počtu 39 žen (100 %) 3 (7,70 %) odpověděly, že jejich věk nepřesahuje 50 let, stejně tak kategorii 80 a více let označily 3 ženy (7,70 %). Další věkovou kategorií 51–61 let označilo 5 žen (12,82 %). Druhou nejvíce zastoupenou věkovou kategorií 61–70 let označilo 11 žen (28,20 %). Nejvíce zastoupenou kategorií byla 71–80 let, kterou označilo 17 žen (43,58 %). Tyto odpovědi ukazují, že operace je nejvíce indikována u žen ve vyšším věku.

Tabulka 5 Pracovní stav (ženy)

| Pracovní stav | Respondenti | Podíl |
|---|-------------|---------|
| Zaměstnaný, pracuji 1–39 hodin týdně | 8 | 20,52 % |
| Zaměstnaný, pracuji 40 a více hodin týdně | 14 | 35,90 % |
| Nezaměstnaný | 1 | 2,56 % |
| Starobní důchodce | 16 | 41,02 % |
| Handicapovaný neschopný pracovat | 0 | 0 % |



Obrázek 5 Pracovní stav (ženy)

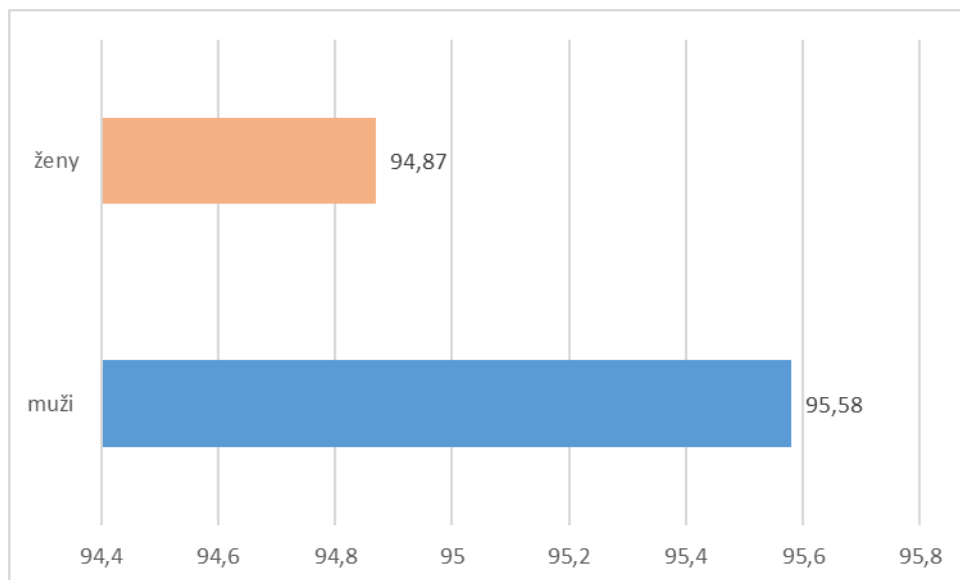
Komentář:

Z celkového počtu 39 žen (100 %) 8 (20,52 %) odpovědělo, že pracují 1–39 hodin týdně, 14 žen (35,90 %) odpovědělo, že pracují 40 a více hodin týdně. Nejméně zastoupenou skupinou jsou nezaměstnané ženy, kde tuto odpověď označila 1 žena (2,56 %). Nejvíce žen označilo, že jsou ve starobním důchodu, celkem 16 žen (41,02 %). Odpověď handicapovaný, neschopný pracovat neoznačil nikdo.

5.3 Vyhodnocení standardizovaného dotazníku kvality života SF-36

V této části představuji výsledky provedeného šetření pomocí standardizovaného dotazníku SF-36 ve všech 8 dimenzích. V každé dimenzi jsou odpovědi ohodnoceny body a výsledná hodnota je převedena na stupnici 0–100 bodů. 100 bodů značí lepší kvalitu života, 0 naopak ukazuje na horší kvalitu života. Výsledky zobrazuji v průměrných hodnotách kvůli obsáhlosti dotazníku. Dotazník obsahuje ještě jednu otázku, která nepatří ani do jedné z dimenzí. Tato otázka popisuje současný stav zdraví ve srovnání před rokem.

Jak byste hodnotil/a své zdraví ve srovnání se stavem před rokem?



Obrázek 6 Zhodnocení zdraví se zdravím před rokem

Komentář:

Položka měla na výběr z pěti možností ohodnocených 0-25-50-75-100 body. Průměrná hodnota žen činí 94,87 bodů. U mužů byla průměrná hodnota 95,58 bodů. Rozdíl v hodnocení dimenze tvoří 0,71 bodu. Nejnižší hodnota jak u mužů, tak u žen byla 50 bodů a nejvyšší 100 bodů. Tuto položku respondenti hodnotili vysokým skóre, které dokazuje, že implantace totální endoprotézy pomohla ke zlepšení jejich zdravotního stavu.

5.3.1 Dimenze – Fyzická aktivita

Tabulka 6 Fyzická aktivita

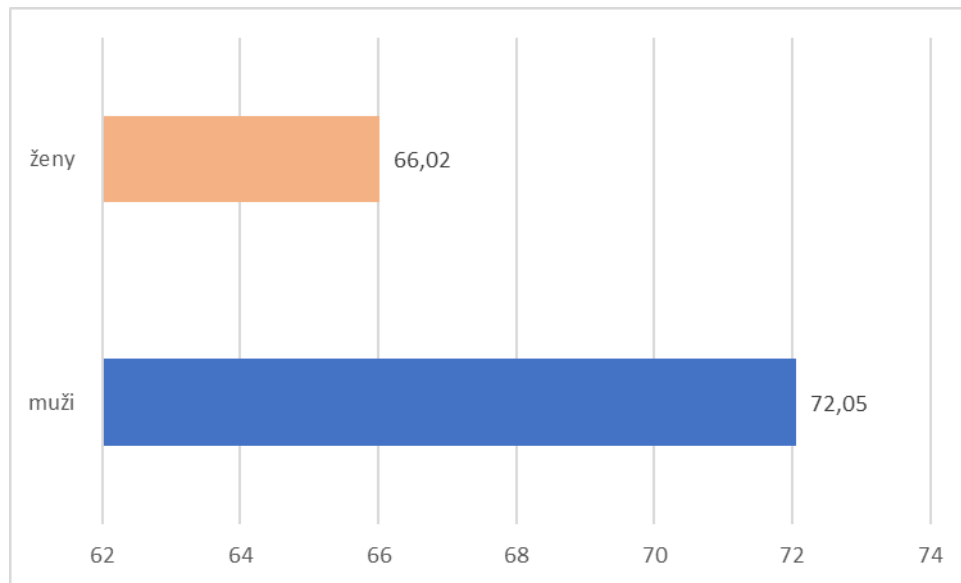
| Dimenze | Muži | Ženy |
|--|-------|-------|
| Běh, náročné sporty. | 36,76 | 34,61 |
| Sřadně namáhavé sporty, jízda na kole, luxování. | 72,05 | 64,10 |
| Zvedání nebo nošení těžkého nákupu. | 76,47 | 74,35 |
| Vyjít po schodech několik pater. | 58,82 | 55,12 |
| Vyjít po schodech jedno patro. | 79,41 | 73,07 |
| Předklon, poklek, shýbání. | 61,76 | 60,25 |
| Chůze asi jeden kilometr. | 75 | 73,07 |
| Chůze po ulici několik set metrů. | 94,11 | 91,02 |
| Chůze po ulici sto metrů. | 95,58 | 93,58 |
| Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci. | 83,82 | 82,05 |

Komentář:

Dimenze fyzické aktivity obsahovala 10 položek s možností výběru tří možností hodnoceny body 0-50-100. Jednotlivé položky jsem hodnotila zvlášť, aby bylo možné porovnat, které aktivity jsou po implantaci totální endoprotézy kyčle obtížné. Jak je vidět v tabulce, nejhůře hodnoceny jsou u mužů i žen sportovní aktivity. Průměrná hodnota žen byla 34,61 bodů, muži měli o 2,15 bodů více, tedy 36,76 bodů. Celkové průměrné skóre činí 35,68 bodů. Hodnoty mužů i žen v této oblasti jsou hodnoceny jako podprůměrné. Naopak mezi aktivity, které nejméně respondenty po implantaci omezují, patří chůze, která

byla hodnocena vysokým počtem bodů. Celkové zhodnocení dimenze fyzické aktivity u žen se skóre 70,08 a u mužů 73,38 bodů, značí uspokojivou kvalitu života.

5.3.2 Dimenze – omezení fyzické aktivity

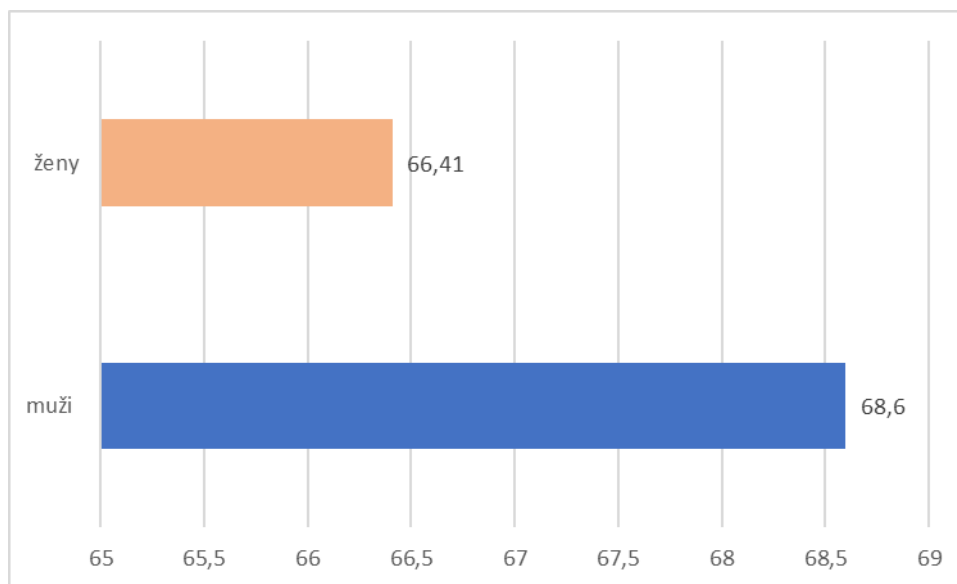


Obrázek 7 Omezení fyzické aktivity

Komentář:

Dimenze omezení fyzické aktivity obsahuje 4 položky. Každá položka je hodnocena body 0–100 dle dvou možností odpovědí. U žen vyšla průměrná hodnota 66,02, nejnižší dosažená hodnota byla 25 a nejvyšší 100 bodů. U mužů byla průměrná hodnota o 6,03 bodu vyšší tedy 72,05, ale stejně jako u žen byla nejnižší hodnota mužů 25 a nejvyšší 100 bodů. Celková průměrná hodnota mužů i žen činí 69,03 bodů.

5.3.3 Dimenze – bolest

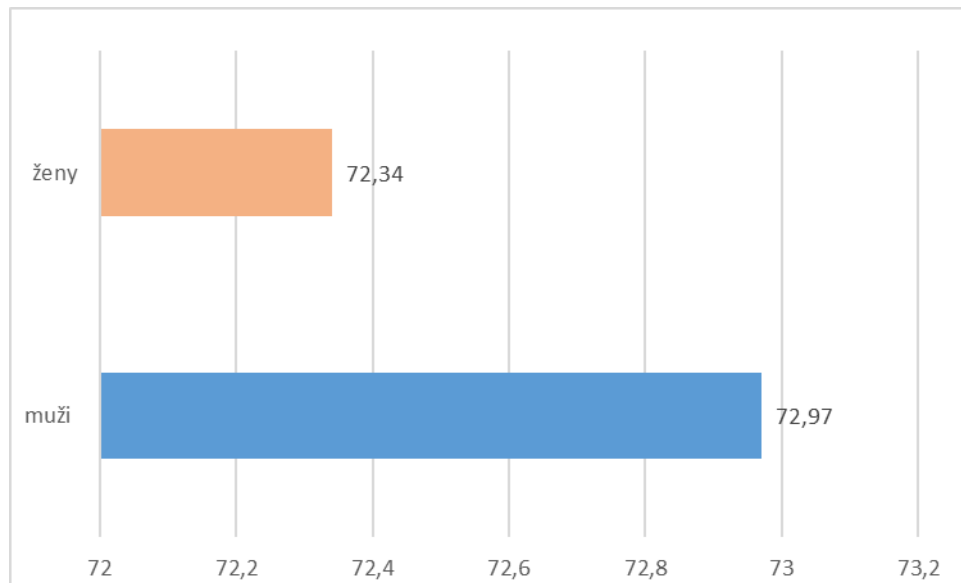


Obrázek 8 Bolest

Komentář:

Dimenze bolesti obsahovala 2 položky. U první položky bylo možné vybírat ze šesti možností se skórem 0-20-40-60-80-100, u druhé byla možnost výběru z pěti možností se skórem 0-25-50-75-100. Průměrné hodnocení dimenze bolesti u žen vyšlo 66,41 bodu. Nejnižší hodnota byla 32,5 a nejvyšší hodnota činila 100 bodů. Hodnota u mužů byla vyšší o 2,19 bodu, celková průměrná hodnota mužů činila 68,6 bodu. Nejnižší hodnota mužů byla 32,5 a nejvyšší 100 bodů. Celková průměrná hodnota mužů i žen činí 67,5 bodů.

5.3.4 Dimenze – všeobecné hodnocení zdraví

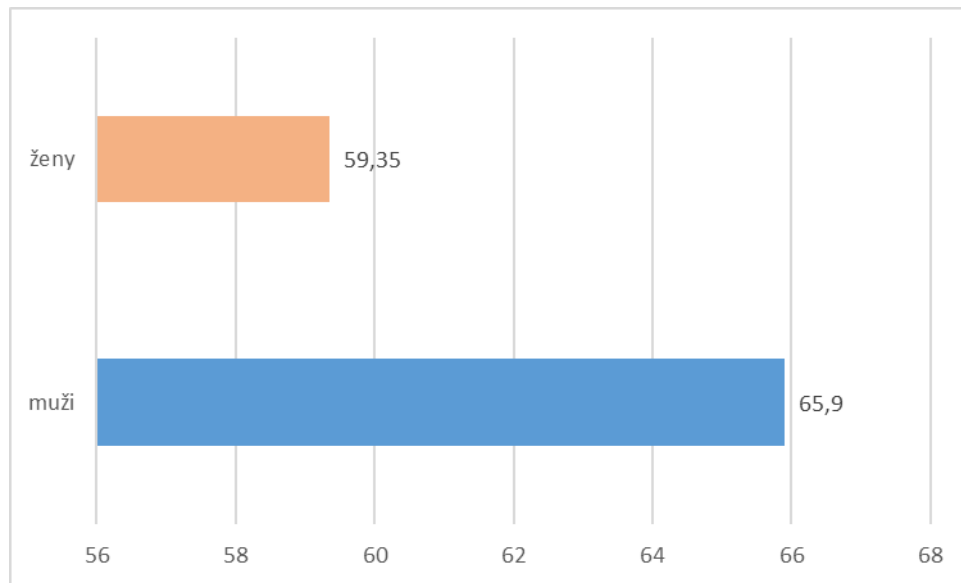


Obrázek 9 Všeobecní zdraví

Komentář:

Dimenze všeobecného zdraví obsahovala 5 položek, jedna z položek měla možnost výběru z pěti možností hodnoceny body 0-25-50-75-100. Další čtyři položky měly možnost výběru ze čtyř možností hodnoceny 0-25-75-100. Ženy hodnotily své všeobecné zdraví 72,34 body, muži 72,97 body. Rozdíl v hodnocení dimenze tvoří 0,63 bodu. Nejnižší hodnota byla 43,75 bodu a nejvyšší 100 bodů jak u žen i u mužů. Celková průměrná hodnota mužů i žen činí 72,65 bodů.

5.3.5 Dimenze – vitalita

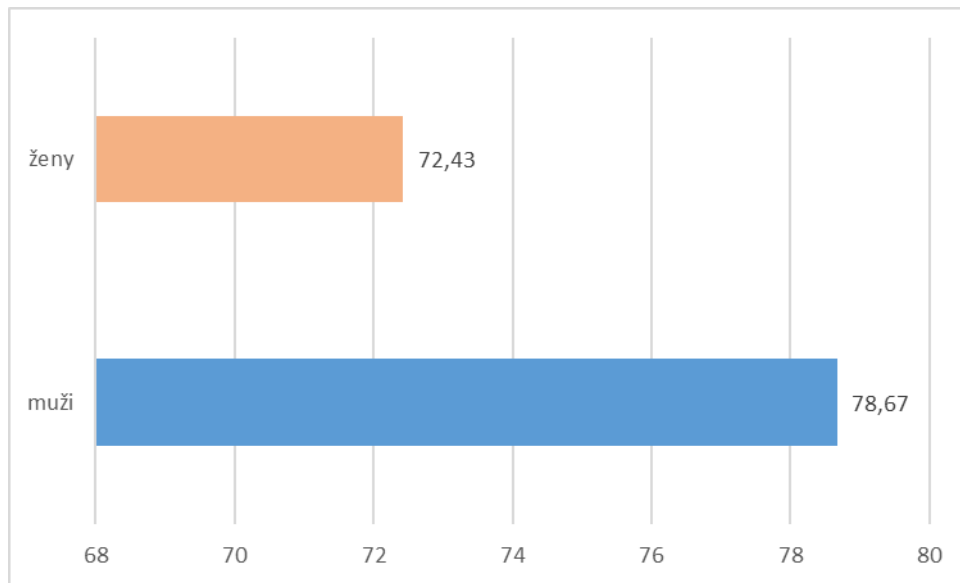


Obrázek 10 Vitalita

Komentář:

Dimenze vitality obsahuje 4 položky, které bylo možno hodnotit šesti možnostmi 0-20-40-60-80-100. Ženy v této dimenzi dosáhly 59,35 bodů. Nejnižší dosažené skóre žen bylo 25 a nejvyšší 100 bodů. Muži v této dimenzi dosáhli 65,9 bodů. Nejnižší dosažené skóre mužů je vyšší než u žen a činí 50 bodů, nejvyšší skóre bylo 100. Rozdíl v hodnocení dimenze tvoří 6,55 bodu. Celková průměrná hodnota mužů i žen činí 62,62 bodů.

5.3.6 Dimenze – sociální fungování

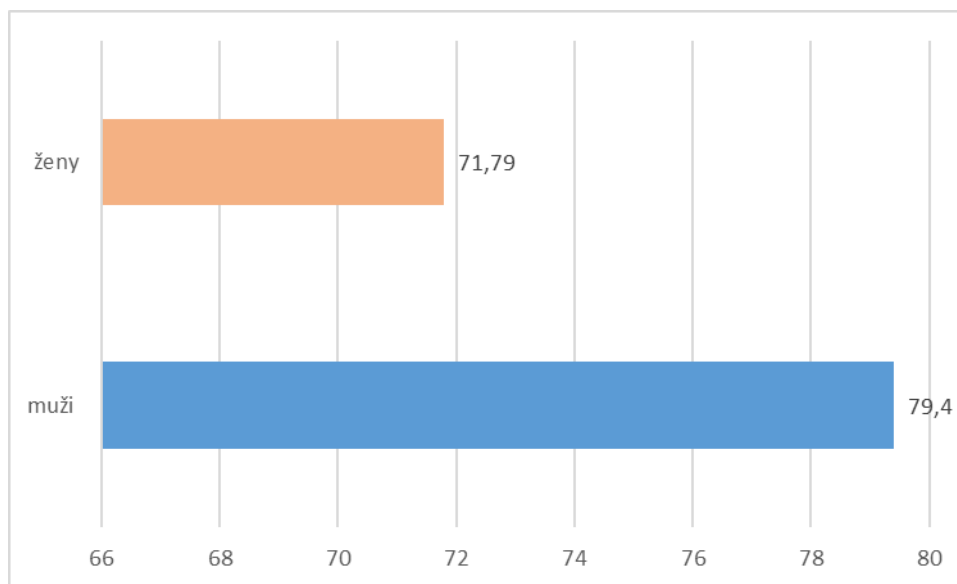


Obrázek 11 Sociální fungování

Komentář:

Dimenze sociálního fungování obsahuje 1 položku s možností výběru pěti možností s hodnocením 0-25-50-75-100. Ženy získaly nižší skóre než muži. Průměrná hodnota žen činila 72,43 bodů, hodnota mužů činila 78,67 bodů. Rozdíl v hodnocení dimenze tvoří 6,24 bodů. Nejnížší bodové ohodnocení bylo 25, nejvyšší 100 bodů u mužů i žen. Tato dimenze je hodnocena vyšším skórem, kvalitou života. Celková průměrná hodnota mužů i žen činí 75,55 bodů.

5.3.7 Dimenze – emoční problémy

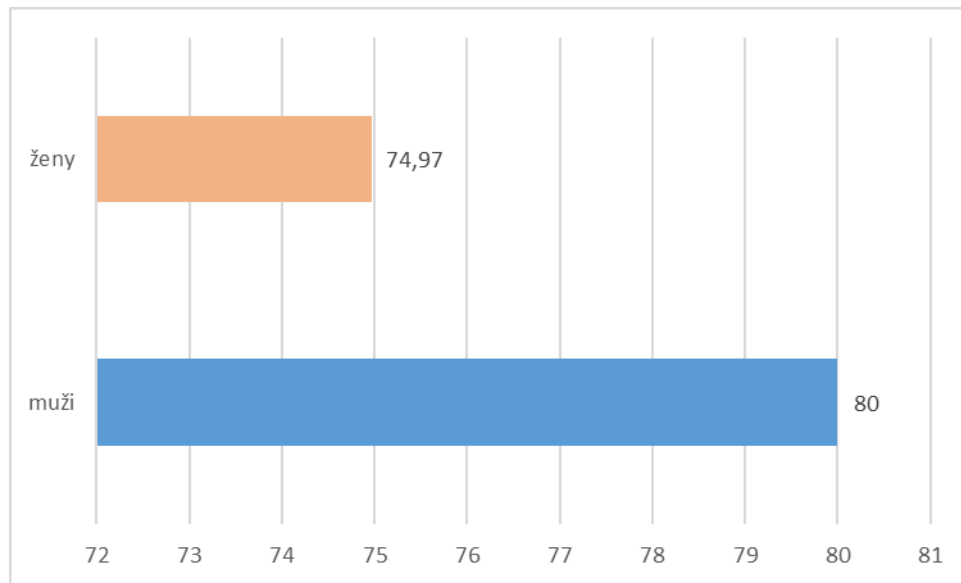


Obrázek 12 Omezení emočními problémy

Komentář:

Dimenze omezení emočními problémy obsahovala 3 položky, které bylo možné bodově hodnotit dvěma možnostmi 0–100. Dimenze omezení emočními problémy byla ohodnocena u žen 71,79 body a u mužů 79,4 body. Nejnižší bodové ohodnocení bylo 0 a nejvyšší 100 bodů jak u žen, tak u mužů. Rozdíl v hodnocení dimenze tvoří 7,61 bodu. Dimenzi omezení emočními problémy muži hodnotili průměrně vyšším skóre, tedy i vyšší kvalitou. Celkové průměrné skóre mužů i žen činí 75,59 bodů.

5.3.8 Dimenze – emoční pohoda

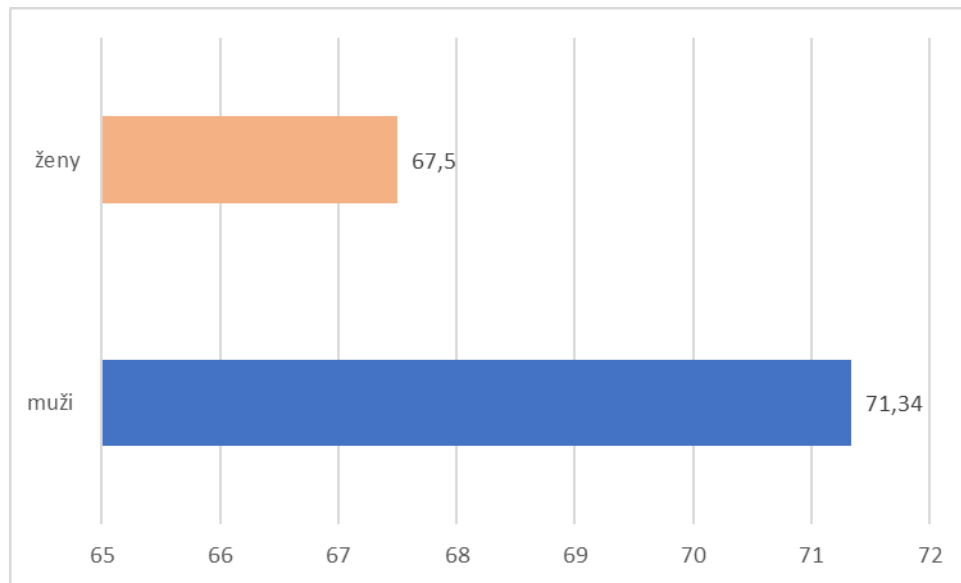


Obrázek 13 Emoční pohoda

Komentář:

Dimenze emoční pohody obsahovala 5 položek, u každé položky bylo na výběr ze šesti možností ohodnocené 0-20-40-60-80-100 bodů. Průměrná hodnota žen 74,97 bodu, muži hodnotili emoční pohodu 80 body. Rozdíl v hodnocení dimenze tvoří 5,03 bodu. Nejnižší hodnota byla 20 a nejvyšší 100 bodů u žen i mužů. Muži hodnotili dimenzi emoční pohody průměrně vyšším skórem, tedy i vyšší kvalitou. Celková průměrná hodnota mužů i žen činí 77,48 bodů.

5.3.9 Hodnocení celkového fyzické zdraví

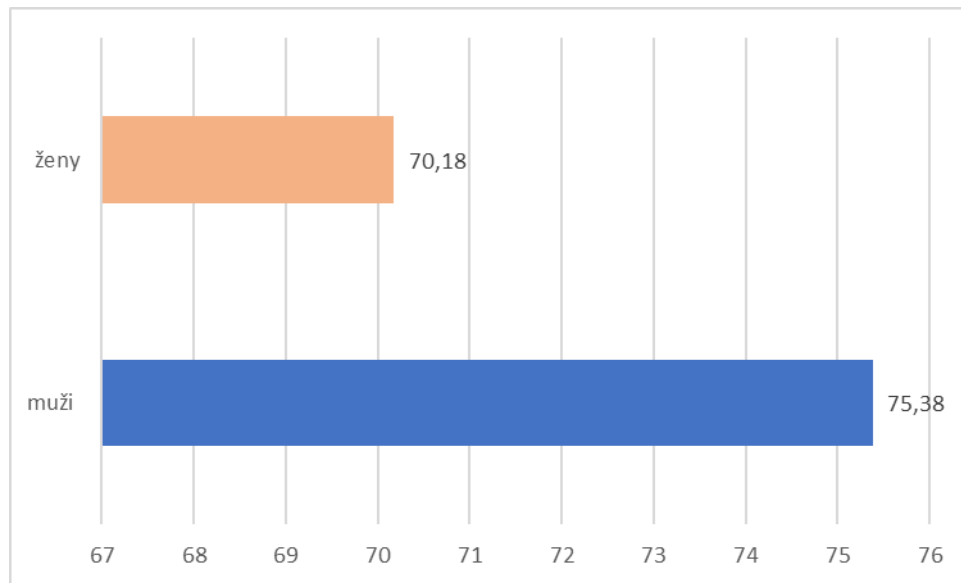


Obrázek 14 Celkové fyzické zdraví

Komentář:

Celkové fyzické zdraví zahrnuje tyto dimenze: fyzická aktivity, omezení fyzické aktivity a bolest. Analýzou těchto tří dimenzí je skóre žen 67,5 bodů a u mužů je skóre vyšší 71,34 bodů. Celkové průměrné skóre mužů i žen činí 69,42 ze 100 bodů. Podle tohoto bodového ohodnocení je zřejmé, že po implantaci totální endoprotézy s ohledem na zákrok je fyzická aktivita u většiny respondentů omezená.

5.3.10 Hodnocení celkového psychického zdraví

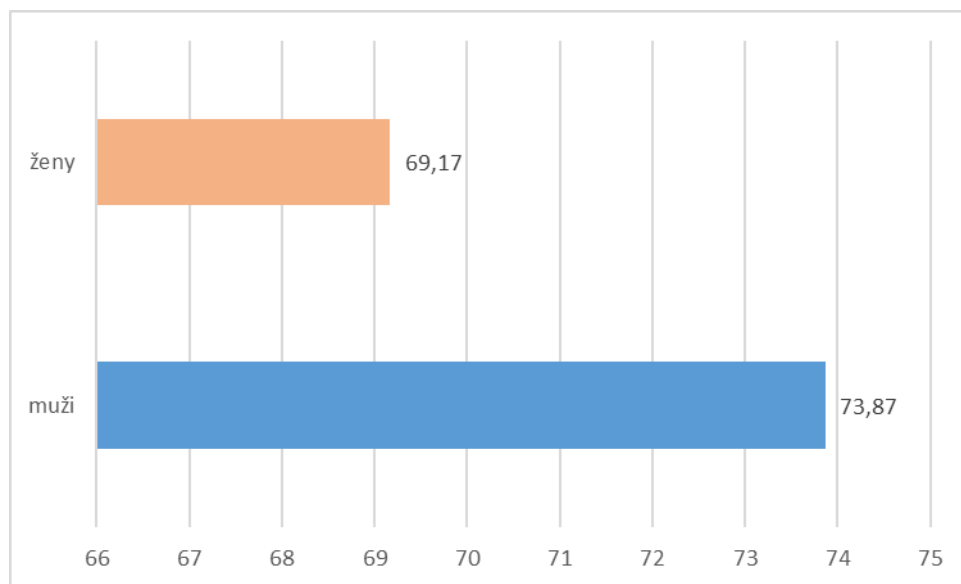


Obrázek 15 Celkové psychické zdraví

Komentář:

Celkové psychické zdraví sčítá dohromady 5 dimenzí, kterými jsou vitalita, všeobecné zdraví, sociální fungování, emoční problémy a emoční pohoda. Výsledné skóre u žen činí 70,18 bodů, u mužů je skóre vyšší 75,38 bodů. Celková průměrná hodnota mužů i žen činí 72,78 bodů. Z toho vyplývá, že respondenti hodnotí svůj psychický stav o něco lépe než fyzické zdraví.

5.3.11 Index kvality života



Obrázek 16 Index kvality života

Komentář:

Index kvality života zahrnuje všech 8 dimenzí. Výsledné skóre se vypočítává jako aritmetický průměr ze všech dimenzí. Čím je vyšší výsledná hodnota, tím je i lepší kvalita života. Index kvality života u žen dosáhl skóre 69,17, u mužů bylo skóre vyšší 73,87. Index kvality života mužů i žen činí 71,52 bodů. Z těchto výsledků je jasné, že kvalita života po totální endoprotéze kyčelního kloubu není na špatné životní úrovni, ale 3-6 měsíců od operace se nevyrovná životu zdravého jedince.

6 DISKUZE

Tato kapitola se věnuje diskusi nad zjištěnými výsledky a jejich porovnáním s dalšími studii. Výzkumného šetření se zúčastnilo 73 respondentů, kteří během své plánované kontroly na ortopedické ambulanci vyplnili dotazník hodnotící kvalitu života. Z výsledků šetření vyplývá, že implantaci totální endoprotézy více podstupují ženy. Ženy tvoří 53,43 % a muži 46,57 % výzkumného souboru. Nejpočetnější věková kategorie byla zjištěna 71-80 let. Většina respondentů uvedla, že jsou ve starobním důchodu.

Získaná data byla analyzována a následně porovnávána u mužů a u žen zvlášť. Z výsledných dat lze zhodnotit jednotlivé dimenze, do kterých je dotazník rozdělený. Nejhorše hodnocenou dimenzí u žen byla vitalita, kdy průměrný počet bodů žen činil pouze 59,35 ze 100 bodů. Naopak dimenze emoční pohody byla hodnocena nejvyšším skórem. Ženy hodnotily tuto dimenzi 74,97 body ze 100. Muži si vedli lépe než ženy ve všech dimenzích. Muži nejhorše hodnocená dimenze byla stejně jako u žen vitalita se skóre 65,90 ze 100 bodu. Nejlépe hodnocená byla emoční pohoda se skóre 80 ze 100 bodu.

Hlavním cílem práce bylo zhodnotit kvalitu života po totální endoprotéze kyčelního kloubu u pacientů 3 měsíce po operaci, a ne více jak 6 měsíců od operace. Index kvality života mužů i žen činí 71,52 ze 100 bodů. Tato hodnota ve srovnání s výzkumy Lednické (2018) a Tomanové (2016) je průměrná až nadprůměrná.

Prvním dílčím cílem byla otázka, ve které byla subjektivně hodnocena úroveň celkového zdraví. K tomuto je v dotazníku SF-36 určena otázka hodnotící současné zdraví dnes ve srovnání před rokem. Respondenti po TEP kyčle nejčastěji hodnotili své zdraví dnes odpovědí: poněkud lepší než před rokem v 63 %. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď: mnohem lepší než před rokem v 31 %. Odpověď: poněkud stejné jako před rokem vybralo 5 % respondentů. Celková bodová hodnota, která činí 95,22 bodů se přiblížila průměrnému skóre zdravé populace.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, fyzické a sociální zdraví respondentů po implantaci totální endoprotézy. V dotazníku SF-36 respondenti odpovídali na otázky ve všech 8 dimenzích. Výsledná průměrná hodnota celkového psychického zdraví činí 72,78 bodů. Celková průměrná hodnota fyzického zdraví činí 69,42 bodů. Respondenti hodnotí psychické zdraví po operaci lépe než svůj fyzický stav, který byl narušený operačním výkonem.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jestli pacienti mají potíže při běžných denních aktivitách. V dotazníku SF-36 respondenti odpovídali na 10 otázek týkajících se problémů fyzické aktivity. Po analýze dat je zřejmé, že fyzická aktivita je omezená. Nejhůře hodnocenou aktivitou byl běh a náročnější sporty. Další obtížnou aktivitou se ukázala chůze po schodech do několika pater hodnocena 56,97 body, chůzi po schodech jen do jednoho patra respondenti hodnotili vyšším skóre a to 76,24 body. Poslední položka, která byla hodnocena nižším skórem 61 body byl poklek, shýbání a předklon. Některé otázky, které respondenti zodpovídali nebyly pro vyšší věkovou skupinu po totální endoprotéze kyčelního kloubu vhodné (běh, náročné sporty).

Čtvrtým dílčím cílem bylo, zda svůj subjektivní stav hodnotí lépe muži nebo ženy. Výsledky mužů byly hodnoceny ve všech osmi dimenzích vyšším skóre. V dimenzi fyzického fungování muži dosáhli 73,38 bodů. V dimenzi fyzického omezení dosáhli 72,05 bodů. Tělesnou bolest muži hodnotili 68,60 body. Dimenze emočních problémů byla muži hodnocena 79,40 body. Dimenze sociálního fungování u mužů dosáhla 78,67 bodů. Dimenze vitality dosáhla skóre 65,90 bodů. Dimenze emoční pohody byla hodnocena 80 body a poslední dimenze všeobecného zdraví byla hodnocena 72,97 body.

Výsledky žen byly ve všech dimenzích nižší, přesto v žádné z dimenzí nebylo skóre pod 50 bodů. V dimenzi fyzického fungování ženy dosáhly 70,08 bodů. V dimenzi fyzického omezení ženy dosáhly 66,02 bodů. Dimenzi tělesné bolesti ženy hodnotily 66,41 body. Dimenze emočních problémů byla hodnocena 71,79 body. Dimenze sociálního fungování byla hodnocena 72,43 body. Dimenze vitality byla hodnocena 59,35 body. Dimenze emoční pohody byla ženami hodnocena 74,97 body a poslední dimenzí je všeobecné zdraví hodnocené 72,34 body.

Tabulka 7 Porovnání výsledků s jinými výzkumy

| Dimenze | Výsledky vlastního výzkumu | Výsledky Musil, Filip 2011- pacienti 1 rok po TEP kyčle | Výsledky Tomanová – senioři s TEP 2016 | Výsledky Lednické 2018 |
|--------------------------|----------------------------|---|--|------------------------|
| Fyzická aktivita | 71,52 | 72,5 | 64,83 | 42,93 |
| Fyzická omezení | 69,04 | 67,79 | 46,01 | 40,12 |
| Bolest | 67,50 | 76,23 | 55,95 | 42,75 |
| Emoční problémy | 75,60 | 57,31 | neuveďeno | 41,29 |
| Sociální fungování | 75,55 | 64,15 | neuveďeno | 41,99 |
| Vitalita | 62,63 | 80,72 | 52,33 | 48,92 |
| Emoční pohoda | 77,48 | 81,35 | 71,52 | 45,06 |
| Všeobecné zdraví | 72,66 | 77,22 | 51,63 | 48,22 |
| Celkové fyzické zdraví | 67,72 | 67,60 | neuveďeno | 43,58 |
| Celkové psychické zdraví | 75,32 | 72,15 | neuveďeno | 44,99 |
| Index kvality života | 71,52 | 72,16 | neuveďeno | neuveďeno |

Výsledky práce byly porovnávány s výsledky studie Musila z roku 2011 u osob 1 rok po implantaci TEP kyčle. Výsledky ukázaly, že respondenti dosahují přibližně stejných nebo nižších hodnot jako respondenti 1 rok po implantaci. Nejvyšší rozdíl mezi naší skupinou respondentů a skupinou respondentů 1 rok po TEP kyčle byl v dimenzi vitality, kde rozdíl činil 18,09 bodů. V dimenzi bolesti při porovnávání rozdíl činil mezi našimi respondenty a respondenty jeden rok po TEP 8,73 bodu. Tento rozdíl udává, čím delší je čas od implantace, tím menší bolesti pacienti pociťují. Nejnižší rozdíl tvořila dimenze fyzické aktivity, kdy respondenti 1 rok po TEP měli skóre vyšší o 0,98 bodu. Tato položka je pro

nás velice překvapivá, očekávala bych, že respondenti 1 rok po TEP budou více fyzicky aktivní než respondenti 6 měsíců od operace.

Porovnávali jsme výzkum Tomanové zaměřený na seniory s TEP z roku 2016 s našimi výsledky. Do tohoto výzkumu bylo zařazeno 36 mužů a 64 žen. Tyto údaje potvrzují, že endoprotéza kyčelního kloubu je častěji implantována ženám, protože ženy více trpí artrózou. Výsledky ukázaly, že naše skupina respondentů dosahuje vyššího skóre ve všech 8 dimenzích. Nejvyšší rozdíl 23,03 bodů byl dosažen v dimenzi fyzického omezení, kdy skupina seniorů hodnotila své fyzické omezení podprůměrně 46,01 body. Nejnižší rozdíl přineslo porovnávání dimenze emočních problémů, kde rozdíl činil 4,08 bodu. Rozdíl ve výsledcích Tomanové může být dán zejména různým věkem respondentů, kdy práce Tomanové hodnotila pouze pacienty ve věku 60 a více let, také délkou od operačního výkonu, protože výzkumný vzorek obsahuje respondenty od pár měsíců až po 10 let od operace.

Lednická 2018 ve své diplomové práci prováděla kvantitativní výzkumné šetření pomocí dotazníku SF-36, zjistila, že výsledky ve všech 8 dimenzích jsou pod hranicí padesáti bodů, jsou tedy hodnoceny jako podprůměrné. Naše výsledky jsou vyšší ve všech 8 dimenzích. Nejlépe hodnocenou dimenzí ve výzkumu Lednické je dimenze vitality se 48,92 body. Hodnocení dimenze vitality v naší práci je hodnocena 62,63 body a oproti výzkumu Lednické je dimenze vitality v naší práci nejhůře hodnocenou dimenzí. Výzkumné šetření Lednické se s tímto výzkumným šetřením neshoduje.

6.1 Doporučení pro praxi

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že kvalita života po implantaci totální endoprotézy v oblasti fyzického a sociálního fungování je uspokojivá. Přesto bychom pro ještě lepší kvalitu života a vyšší míru soběstačnosti a bezpečnosti doporučili pacientům dostupné pomůcky nebo vychytávky, které by pomohly pacientům výrazně usnadnit život i cestu k obnovení plné hybnosti. Pro příklad nazouvání ponožek pomocí ručníku nebo speciálně navrženým navlékačem ponožek. Další pomůckou usnadňující soběstačnost je podavač, který pacient využije, když mu něco upadne na zem. Dále doporučujeme pořízení nástavce na toaletu, protiskluzové podložky, sedátko do vany, molitanový klín mezi kolena, obuv bez šněrování a dlouhou nazouvací lžící.

Dále doporučujeme věnovat se více i psychickému diskomfortu pacienta, protože veškerá péče je věnuje spíše fyzickému stavu pacienta. Myslíme, že by bylo vhodné věnovat se monitorování psychického stavu stejně jako bolesti nebo vzniku dekubitů. K hodnocení psychického stavu bychom mohli požit dotazníky nebo hodnotící škály jako například geriatrická škála deprese a další.

ZÁVĚR

Průměrný věk populace se stále zvyšuje a s ním i nemoci spojené s pohybovým aparátem. Mezi nejvíce postižené klouby v lidském těle patří klouby kyčelní, které jsou v pokročilém stádiu onemocnění nahrazeny totální endoprotézou, která je tématem této bakalářské práce.

V bakalářské práci jsme zjišťovali kvalitu života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Touto prací jsme chtěli zjistit, jak si pacienti vedou po tak náročném zákroku, kterým je implantace kloubní náhrady. V teoretické části práce byla popsána obecně kvalita života, historie vývoje totálních endoprotéz, typy endoprotéz a operační přístupy. Další kapitola obsahovala přípravu pacienta k operaci a následnou pooperační a rehabilitační péči. Výzkumnou část práce tvoří standardizovaný dotazník SF-36, který se při vypracování bakalářské práce prezentoval jako nástroj k hodnocení kvality života. Dotazník byl vyhodnocován v 8 dimenzích.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že kvalita života po totální endoprotéze kyčelního kloubu se u většiny pacientů drží na vysoké úrovni. Pacienti hodnotili svoji kvalitu života 3–6 měsíců od operace jako mnohem lepší než před operací. Výrazně lépe si ve všech osmi dimenzích vedli muži. Jejich hodnoty v žádné dimenzi nebyly nižší než 50 bodů, proto se jejich kvalita života dá hodnotit jako dobrá. Ženy, i když měly horší výsledky než muži, si nevedly špatně. U žen taktéž jako u mužů v žádné dimenzi nebyl výsledek pod 50 bodů.

Hodnocení kvality života přineslo příznivé výsledky, které potvrzují přínos implantace endoprotézy kyčelního kloubu pro většinu respondentů. Jejich kvalitou se přibližují ke kvalitě života běžné populace.

Zjištěním výše uvedených informací jsme shledali hlavní a dílčí cíle bakalářské práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÍLKOVÁ, I. Totální endoprotéza kyčelního kloubu - TEP kyčle. *Fyzioklinika* [online]. Praha, 2021 [cit. 2022-05-01]. Dostupné z: <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu-tep-kycle>

DUNGL, P. *Ortopedie*. Praha: Grada, 2014. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.

DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. 511 s. ISBN 978-80-247-4357-8.

GALIA, C. R., T. A. RIBEIRO, C. V. DIESEL et al. Hip Arthroplasty. *Hip Surgeries* [online]. IntechOpen, 2019. [cit. 2021-10-18]. ISBN 978-1-83880-235-6. DOI: 10.5772/intechopen.84508

HALÁSKOVÁ, M., V. PANOČOVÁ. Život po endoprotéze kyčelního kloubu. *Zdravi.euro.cz* [online]. Ostrava, 2010 [cit. 2022-05-1]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/zivot-po-endoproteze-kycelniho-kloubu-455023>

Historie náhrad kyčelního kloubu a jejich současný stav: prof. MUDr. Oldřich Čech, DrSc. zakladatel české endoprotetiky. *Centrum ortopedie fyzioterapie profesora Čecha* [online]. Copyright © 2022 Centrum prof. Čecha [cit. 2022-05-10]. Dostupné z: <http://www.ortopedie-fyzioterapie.cz/ortopedie/historie-nahrad-kycelniho-kloubu-a-jejich-soucasny-stav.html>

HUDÁKOVÁ, A., L. MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2013, 114 s. ISBN 978-80-247-4772-9.

IYER, K. M. *The Hip Joint* [online]. USA: Taylor and Francis, 2017. 492 pp. [cit. 2021-10-18]. ISBN 978-981-4745-15-4. Dostupné z: <https://www.pdfdrive.com/the-hip-joint-e158144162.html>

JAHODA, D. *Totální náhrada kyčelního kloubu: edukační materiál pro pacienty* [online]. Praha: Klinické centru iscare, 2020, 8 [cit. 2022-05-1]. Dostupné z: http://dev.iscare.cz/uploads/ckeditor/attachments/309/EM_OTR_01_-_Tota_lni_na_hrada_kyc_elni_ho_kloubu_-_EM_pro_pacienty_vyd_1__003_.pdf

JIRKOSVKÝ, D. a kol. *Ošetřovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012, 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.

KLUSKA, V. Ošetrovatelská péče o pacienta po TEP kyčelního kloubu. *Zdravi.euro.cz* [online]. Praha, 2016 [cit. 2022-05-01]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/osetrovatelska-pece-o-pacienta-po-tep-kycelniho-kloubu-481097>

KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KUČERA. *Komplikace náhrady kyčelního kloubu* [online]. 2007. [cit. 2020-10-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/komplikace-nahrady-kycelniho-kloubu-388283>

LEDNICKÁ, D. *Kvalita života nemocných s totální endoprotézou kyčelního kloubu* [online]. Ostrava, 2018 [cit. 2022-05-11]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/qlp4rt/>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Zlatica Dorková.

MUSIL, D., L. FILIP. Evaluation of the quality of life of patients one year after the implantation of the total replacement for the hip joint. *Kontakt* [online]. 2011, roč. 13(1), s. 95-103 [cit. 2022-05-12]. ISSN 12124117. DOI:10.32725/kont.2011.012

NOVOTNÁ, A. *Manuál pro klienty po totální endoprotéze kyčelního kloubu*. *Senior zone* [online]. Praha, 2014, [cit. 2022-05-01]. Dostupné z: https://www.seniorzone.cz/33/manual-pro-klienty-po-totalni-endoproteze-kycelniho-kloubu-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4_CGKjIVJ1EY6bjw/

PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

RYCHLÍKOVÁ, E. *Funkční poruchy kloubů končetin: diagnostika a léčba*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada, 2019, 240 s. ISBN 978-80-271-2096-3.

SCHNEIDEROVÁ, M. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2012, 368 s. ISBN 978-80247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2900-8.

SMIČKOVÁ, E. Péče o jizvy. *Medicína pro praxi*, 2011, roč. 8, č. 1, s. 31-33. ISSN 1214-8687.

SOSNA, A., P. VAVŘÍK, M. KRBEČ a kol. *Základy ortopedie*. Praha: Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.

ŠIRŮČKOVÁ, M. Typy totálních endoprotéz - terapie a rehabilitace. *Zdravi.euro.cz* [online]. Brno, 2010 [cit. 2022-05-1]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/typy-totalnich-endoprotez-terapie-a-rehabilitace-449684>

TOMANOVÁ, J. Aspects quality of life of seniors with total hip replacement. *Profese online* [online]. 2016, roč. 9(2), s.16-23 [cit. 2022-05-12]. ISSN 18034330. DOI:10.5507/pol.2016.008

VAŇÁSKOVÁ, E., M. BEDNÁŘ. Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění. *Neurologie pro praxi*, 2013, roč. 14(3), s. 133-135.

VYTEJČKOVÁ, R., P. SEDLÁŘOVÁ, V. WIRTHOVÁ a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. Praha: Grada, 2011, 225 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

VYTEJČKOVÁ, R., P. SLEZÁKOVÁ, V. WIRTHOVÁ a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část*. Praha: Grada, 2015, 298 s. ISBN 978-80247-3421.

ZEMAN, M., Z. KRŠKA a kol. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada, 2011. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

| | |
|----------------|---|
| BMI | Body mass index |
| KNTB | Krajská nemocnice Tomáše Bati |
| EKG | elektrokardiogram |
| n. | nevrus |
| a. | arteria |
| cm | centimetr |
| TEP | totální endoprotéza |
| SEIQoL | Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life |
| SF-36 | Short-Form 36 |
| WHOQOL | World Health Organization Quality of life |
| WHOQOL – BREEF | World Health Organization Quality of life – brief |
| % | procento |
| ° | stupeň |
| Tzv. | takzvaná |
| s. | strana |
| et al. | a kolektiv |
| a kol. | a kolektiv |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|---|----|
| Obrázek 1 Pohlaví respondentů | 29 |
| Obrázek 2 Věk respondentů (muži) | 30 |
| Obrázek 3 Pracovní stav (muži)..... | 31 |
| Obrázek 4 Věk respondentů (ženy) | 32 |
| Obrázek 5 Pracovní stav (ženy) | 33 |
| Obrázek 6 Zhodnocení zdraví se zdravím před rokem | 34 |
| Obrázek 7 Omezení fyzické aktivity | 37 |
| Obrázek 8 Bolest..... | 38 |
| Obrázek 9 Všeobecní zdraví | 39 |
| Obrázek 10 Vitalita | 40 |
| Obrázek 11 Sociální fungování..... | 41 |
| Obrázek 12 Omezení emočními problémy | 42 |
| Obrázek 13 Emoční pohoda..... | 43 |
| Obrázek 14 Celkové fyzické zdraví..... | 44 |
| Obrázek 15 Celkové psychické zdraví..... | 45 |
| Obrázek 16 Index kvality života | 46 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 Pohlaví respondentů..... | 29 |
| Tabulka 2 Věk respondentů (muži) | 30 |
| Tabulka 3 Pracovní stav (muži) | 31 |
| Tabulka 4 Věk respondentů (ženy)..... | 32 |
| Tabulka 5 Pracovní stav (ženy) | 33 |
| Tabulka 6 Fyzická aktivita..... | 35 |
| Tabulka 7 Porovnání výsledků s jinými výzkumy..... | 49 |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážený respondente/respondentko,

jmenuji se Tereza Rybaříková a studuji na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, obor všeobecná sestra. Žádám Vás o vyplnění dotazníku, který poslouží pro bakalářskou práci na téma Kvalita života pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Dotazník je zcela anonymní.

Předem děkuji za vaši ochotu a čas věnovaný k vyplnění dotazníku.

1. Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově:

- výtečné
- velmi dobré
- dobré
- docela dobré
- špatné

2. Jak byste hodnotil/a své zdraví ve srovnání se stavem před rokem?

- mnohem lepší než před rokem
- poněkud lepší než před rokem
- přibližně stejné jako před rokem
- poněkud horší než před rokem
- mnohem horší než před rokem

3. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

Zakroužkujte jedno číslo na každé řádce.

| | Ano, hodně | Ano, trochu | Ne, vůbec |
|---|------------|-------------|-----------|
| 1. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů. | 1 | 2 | 3 |
| 2. Středně namáhavé činnosti jako je posouvání stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole. | 1 | 2 | 3 |
| 3. Zvedání nebo nošení těžkého nákupu. | 1 | 2 | 3 |
| 4. Vyjít po schodech několik pater. | 1 | 2 | 3 |
| 5. Vyjít po schodech jedno patro. | 1 | 2 | 3 |
| 6. Předklon, shýbání, poklek. | 1 | 2 | 3 |
| 7. Chůze asi jeden kilometr. | 1 | 2 | 3 |
| 8. Chůze po ulici několik set metrů. | 1 | 2 | 3 |
| 9. Chůze po ulici sto metrů. | 1 | 2 | 3 |
| 10. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci. | 1 | 2 | 3 |

4. Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

Zakroužkujte jedno číslo na každé řádce.

| | ANO | NE |
|---|-----|----|
| 1. Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti? | 1 | 2 |
| 2. Udělal/a jste méně než jste chtěl/a? | 1 | 2 |
| 3. Byl/a jste omezen/a v druhu práce nebo jiných činnostech? | 1 | 2 |
| 4. Měl/a jste potíže při práci nebo jiných činnostech? Např. jste musel/a vynaložit zvláštní úsilí? | 1 | 2 |

5. Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

Zakroužkujte jedno číslo na každé řádce.

| | ANO | NE |
|--|-----|----|
| 1. Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti? | 1 | 2 |
| 2. Udělal/a jste méně než jste chtěl/a? | 1 | 2 |
| 3. Byl/a jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný/á než obvykle? | 1 | 2 |

6. Uveďte do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.

- vůbec ne
- trochu
- mírně
- poměrně dost
- velmi silně

7. Jak velké bolesti jste měl/a v posledních 4 týdnech?

- žádné
- velmi mírné
- mírné
- střední
- silné
- velmi silné

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

- vůbec ne
- trochu
- mírně
- poměrně dost
- velmi silně

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje jak jste se cítil/a.

Zakroužkujte jedno číslo na každé řádce.

| | Pořád | Většinou | Dost často | Občas | Málokdy | Nikdy |
|--|-------|----------|------------|-------|---------|-------|
| 1. jste se cítil/a plná elánu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. jste byl/a velmi nervózní? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. jste měl/a takovou depresi, že Vás nic nerozveselilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. jste ocitoval/a klid, pohodu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. jste byl/a plná energie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. jste pociťoval/a smutek? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. jste se cítil/a vyčerpaná? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. jste byl/a šťastný/á? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. jste se cítila unavený/á? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10. Uveďte, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

- pořád
- většinu času
- občas
- málokdy
- nikdy

11. Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

Zakroužkujte jedno číslo na každé řádce.

| | Určitě ano | Většinou ano | Nejsem si jist | Většinou ne |
|---|------------|--------------|----------------|-------------|
| 1. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Očekávám, že se mé zdraví zhorší. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Mé zdraví je perfektní. | 1 | 2 | 3 | 4 |

12. Jste žena nebo muž?

- muž
- žena

13. Která z níže uvedených kategorií zahrnuje váš věk?

- Do 50 let
- 51 – 60 let
- 61 – 70 let
- 71 – 80 let
- 80 a více

14. Která z následujících kategorií nejlépe vystihuje Váš pracovní stav?

- Zaměstnaný, pracuji 1 – 39 hodin týdně
- Zaměstnaný, pracuji 40 nebo více hodin týdně
- Nezaměstnaný
- Starobní důchodce
- Handicapovaný neschopný pracovat