

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Radka Janíková

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

Role sestry v mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Věra Stasková

Autor: Radka Janíková

2009

The Nurse's Role in Relieving Pain in Patients Suffering from Coxoarthrosis

The objective of the paper is to underscore the nurse's role in this problem area, and the importance of the nurse's ability to familiarize patients with the side effects of medication and offer them alternative methods of pain relief.

At present, we are briefed on the anatomy and physiology of the hip joint, describe the problems arising from coxoarthrosis and the treatment thereof. We focus on the patient and on the nurse's role in taking care of such patients with particular emphasis of alleviating these patients' pain.

Five goals were set out for us: Mapping ways of finding information about patients with coxoarthrosis. Mapping information that is available to patients with coxoarthrosis in the area of pain relief. Mapping the role that a nurse can play in relieving the patient's pain from the patient's perspective. Creation of educational material for patients with coxoarthrosis. Application of educational material for patients with coxoarthrosis. We have set out research issues before ourselves: How do patients obtain relevant information? What information is available to patients with coxoarthrosis in the area of pain relief? What role can a nurse play in relieving the patient's pain, from the perspective of patients with coxoarthrosis? Do patients with coxoarthrosis use and benefit from educational material about pain relief?

In order to attain our goals, we conducted qualitative research. Using a data collection technique, we opened a non-standardized dialogue with 10 patients suffering from coxoarthrosis waiting for total hip replacement and coming for checkups to the orthopedic outpatient clinic in Třebíč. Initially, a discussion was held with each respondent, followed by educational enlightenment, handing out of educational material, whereupon a second discussion was held that was simultaneously used as feedback.

Our research investigation answered certain question marks that we formulated into hypotheses and one answer. Analysis of the results led to the following hypotheses. Hypothesis 1: Educational process has effect on the way of finding information on relieving pain in patients with coxoarthrosis. Hypothesis 2: Education focused

on relieving pain in patients with coxarthrosis has a positive effect patients' knowledge. Hypothesis 3: Patients with coxarthrosis view the role of nurses as providers of information on pain relief. Analysis of the results helped us formulate the answer to research question 4, as follows: Answer 1: Patients use educational material for pain relief and use the skills acquired through education. However, they still prefer personal contact with the nurse to acquiring information from educational material.

The results of our research indicate that the role of a nurse as educationalist and information provider, as well as actual educational are quite necessary. It is, however, important to remember that education is a process that is constantly developing and adjusting it to the needs of the educated subject is therefore very important.

The lesson to learn from this paper for clinical practice and for work in medical and social fields is that the role of nurses as educationalists and information providers is as substantial as educational enlightenment in the area of pain relief in patients with coxarthrosis. Presumed application of this paper in practice as part of educational material on pain relief in patients suffering from hip joint arthrosis with coxarthrosis.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Role sestry v mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/ v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....2009

.....

Poděkování

Děkuji touto cestou své vedoucí práce Mgr. Věře Staskové za její vedení, vstřícný přístup a cenné rady související s touto bakalářskou prací. Velké poděkování patří i primáři ortopedie Nemocnice Třebíč MUDr. Miloslavu Pinkovi, CSc. a vedení Nemocnice Třebíč za umožnění výzkumu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, která mi byla velkou oporou.

Obsah:

Úvod	4
1. Současný stav	5
1.1 Anatomie a fyziologie kyčelního kloubu.....	5
1.1.1 Anatomie kyčelního kloubu.....	5
1.1.2 Kloubní chrupavka a její výživa.....	6
1.1.3 Rozsahy pohybu a zatížení kyčelního kloubu.....	8
1.2 Komplexní léčba nemocných s koxartrózou.....	9
1.2.1 Charakteristika koxartrózy.....	9
1.2.2 Klinický obraz.....	10
1.2.3 Diagnostika.....	10
1.2.4 Nefarmakologická léčba.....	11
1.2.5 Farmakologická léčba.....	13
1.2.6 Operační léčba.....	14
1.3 Nemocný v ošetrovatelském procesu.....	15
1.3.1 Potřeby nemocného.....	15
1.3.2 Prožívání bolesti nemocným.....	17
1.4 Role sestry v mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou.....	19
1.4.1 Definice bolesti.....	19
1.4.2 Ošetrovatelský proces u nemocných s bolestí v souvislosti s koxartrózou..	21
1.4.3 Hodnocení bolesti sestrou.....	21
1.4.4 Možnosti mírnění bolesti sestrou.....	22
1.4.5 Role sestry v mírnění bolesti.....	24
1.4.6 Edukace o možnostech mírnění bolesti u nemocného s koxartrózou.....	27
2. Cíle práce a hypotézy	29
3. Metodika	30
3.1 Metodika a technika výzkumu	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	31
4. Výsledky	32

4.1	Kazuistiky respondentů.....	32
4.1.1	Kazuistiky respondentů z prvního rozhovoru	32
4.1.2	Kazuistiky respondentů z druhého rozhovoru	41
4.2.	Data z rozhovorů v tabulkách a grafech.....	50
4.2.1	Data z prvních rozhovorů v tabulkách a grafech.....	50
4.2.2	Data z druhých rozhovorů v tabulkách a grafech.....	60
4.2.3	Srovnání dat z prvních a druhých rozhovorů v tabulkách a grafech	67
5.	Diskuze	71
6.	Závěr	78
7.	Seznam použitých zdrojů	80
8.	Klíčová slova	83
9.	Přílohy	84

Seznam použitých zkratk

ILAR	Mezinárodní liga proti revmatismu
NSA	Nesteroidní antirevmatika
SADOA	Slow Acting Drugs of Osteoarthritis
SYSADOA	Symptomatic Slow Acting Drugs of Osteoarthritis
TEP	Totální endoprotéza
EULAR	Evropská liga proti revmatismu
VAS	Visual Analogue Scale = visuální analogová škála

Úvod

Téma práce, role sestry v mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou, jsme si zvolily z toho důvodu, neboť nás zajímalo, jak může sestra svým konáním a jednáním přispět k řešení problematiky léčby bolesti u nemocných s koxartrózou.

V současném stavu připomínáme anatomii a fyziologii kyčelního kloubu, popisujeme problematiku onemocnění koxartrózy a její léčby. Zabýváme se nemocným a rolí sestry v ošetrovatelském procesu se zaměřením na mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou.

V posledních letech neustále přibývá čekatelů na konečné řešení zmírnění bolesti operační metodou - totální náhradou kyčelního kloubu. Proto zároveň dochází i k prodlužování čekací doby na tuto operaci. Ke zmírnění bolesti užívají nemocní často léky, které mají v mnoha případech při dlouhodobém užívání vedlejší nežádoucí účinky. Tyto léky mohou navíc urychlovat progresi koxartrózy, a to tím, že tlumí bolest, čímž dovolují nemocnému přetěžovat nemocný kyčelní kloub.

Smyslem této práce je zjistit, jakým způsobem se může sestra podílet na mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou. Je vhodné, aby byli nemocní poučeni o nežádoucích účincích léků a byly jim nabídnuty i další metody k mírnění bolesti, které mohou využívat. Nejen pro snížení užívání léků k mírnění bolesti, ale i pro samotné nemocné je důležité, aby znali a používali i další metody k mírnění bolesti. Protože snížením bolesti na minimum lze zvýšit sebedůvěru a soběstačnost těchto nemocných. Domníváme se, že všeobecná sestra může prostřednictvím edukace významně ovlivnit klienty v přístupu a léčbě svého onemocnění.

Stanovily jsme si několik cílů práce. Pro vytvoření edukačního plánu je nezbytné zjistit, jakým způsobem vyhledávají nemocní s koxartrózou informace a zmapovat informace, kterými nemocní s koxartrózou v oblasti mírnění bolesti disponují. Dalším cílem je vytvoření edukačního materiálu o mírnění bolesti u artrózy kyčelního kloubu a aplikace tohoto edukačního materiálu pro nemocné s koxartrózou. Posledním cílem je zmapovat, jakou roli sehrává sestra v mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou z pohledu pacientů.

1. Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie kyčelního kloubu

V této kapitole jsou popsány jednotlivé komponenty a funkce kyčelního kloubu. Tématem práce je onemocnění koxartróza, kde hraje velkou roli stav a funkce kloubní chrupavky. Proto pokládáme za nezbytné zmínit se o kloubní chrupavce a její výživě podrobněji v samostatné podkapitole (1.1.2).

1.1.1 Anatomie kyčelního kloubu

Kyčelní kloub (*articulatio coxae*) (Příloha 1) je kloub, který umožňuje pohyb dolní končetiny, zároveň je nosným kloubem trupu a balančním kloubem, udržujícím rovnováhu trupu.

Jedná se o omezený kulovitý kloub, který je druhým nejpohyblivějším kloubem lidského těla. Skládá z hlavičky stehenní kosti (*caput femoris*) a jamky uložené v pánevní kosti (*acetabulum*).

Horní konec stehenní kosti, tvoří hlavičku kyčelního kloubu. Kloubní plocha hlavičky (*facies articularis*) je pokryta ochrannou vrstvou hyalinní chrupavky, která umožňuje hladký a bezbolestný pohyb kloubu, odpovídá svým rozsahem asi 2/3 povrchu koule o průměru asi 5 cm. Pro větší stabilitu kyčelního kloubu je kloubní jamka zvětšena prstencovým lemem vazivové chrupavky (*labrum acetabulare*), který zabezpečuje hlavičku femuru hluboko uvnitř kloubní jamky.

Acetabulum má tvar duté polokoule, na jejímž vzniku se podílejí všechny tři pánevní kosti. Příčný průměr acetabula je asi 2,5 cm. Kloubní plochou acetabula je pouze podkovovitá *facies lunata*, která je potažena hyalinní chrupavkou. Nejsilnější částí acetabula je horní okraj. *Acetabulum* je skloněno zevně dolů a dopředu.

Kyčelní kloub se řadí mezi synoviální klouby. Pohyb v kyčelním kloubu je usnadňován vazkou tekutinou smáčeující kloubní plochy, která je produkována vnitřní vrstvou kloubního pouzdra (1, 4, 11, 28, 29, 30).

Vazivové kloubní pouzdro (Příloha 2) je tvořeno silnými kolagenními vlákny. Okraje pouzdra jsou připevněny na kloubních koncích zúčastněných kostí. Pouzdro

tvoří kloubní dutinu, procházejí jím cévy a nervy. Je dostatečně volné, aby umožnilo velký rozsah pohybů, ale zároveň je i dostatečně pevné. Vazy (ligamenta) kyčelního kloubu probíhají od okrajů acetabula dolů na krček femuru. Tato ligamenta mají spirální průběh. Kloubní pouzdro zesilují čtyři vazy, od kyčelní kosti *ligamentum iliofemorale*, od stydké kosti *ligamentum pubofemorale*, od sedací kosti *ligamentum ischiofemorale* a *zona orbicularis*, což je kruhovitý vaz, který obtáčí a podchycuje krček femuru, ale nespojuje se s ním. Uvnitř kloubu je uloženo *ligamentum capitis femoris*. Kloubní pouzdro je vystáno synoviální membránou, která produkuje synoviální tekutinu (1, 4, 11, 28).

Cévní zásobení kyčelního kloubu (Příloha 3) je zajištěno krví z tepen, jež se dostávají k hlavici femuru od jeho krčku. Jsou to *arteria circumflexa femoris lateralis*, *arteria circumflexa femoris medialis* a z *arteria capitis femoris*, která vstupuje do hlavice femuru z acetabula přes *ligamentum capitis femoris*.

Nervové zásobení kyčelního kloubu je zajištěno větvemi mozkomíšních nervů, jež se bohatě člení v kloubních pouzdrech, v kloubních vazech a příslušných svalech. Jedná se o senzitivní nervová vlákna, vedoucí zachycené vzruchy do míchy a mozku, odkud je pak vydán pokyn pro sval, aby změnil své napětí nebo provedl pohyb. Kloubní pouzdro obsahuje kloubní čidla, která jsou rychle přizpůsobivá na podnět, zachycují informace o napětí kloubního pouzdra a vazů. Drážděním volných nervových zakončení ve stěně kloubního pouzdra je následně vyvolán pocit bolesti.

Svaly obklopující kyčelní kloub. Pohyby v kyčelním kloubu jsou prováděny pomocí svalů *musculus psoas major*, *musculus iliacus*, *musculus gluteus maximus*, *musculus tensor fasciae latae*, *musculus gluteus medius*, *musculus gluteus minimus*, *musculus piriformis*. Některé svaly vykonávají pohyb, jiné zajišťují stabilitu kloubu, v němž je právě prováděn pohyb nebo kompenzují výchylky těžiště celého těla, chrání vazy před nadměrným napětím pomocí reflexní kontrakce (1, 9, 28, 29).

1.1.2 Kloubní chrupavka a její výživa

Hyalinní kloubní chrupavka se skládá z chondrocytů, které jsou obklopeny mezibuněčnou hmotou tvořenou kolagenem, proteoglykany a dalšími proteiny.

Chrupavka je *elastická*, čímž zajišťuje pružnost kloubu. Elasticita je velmi významná v prevenci opotřebením kloubních chrupavek. *Tloušťka* kloubní chrupavky dosahuje 1 - 7 mm, není po celém kloubním povrchu stejná a během života se mění. Na hlavici je chrupavka nejsilnější v centrální oblasti a směrem k okrajům se ztenčuje. V jamce je tomu naopak.

Zdravá chrupavka je pevná, má hladký povrch umožňující hladký chod kloubu, její pružnost tlumí nárazy při zatížení kloubu. To je velmi důležité, neboť při chůzi je na klouby dolních končetin vyvíjen tlak, který je až čtyřikrát větší než váha celého těla. Chrupavka má charakter houbovitě tkáně s vysokým obsahem tekutiny, která je při zatížení kloubu vytlačována, přičemž chrupavka snižuje svou výšku, po odlehčení se tekutina do chrupavky vrací a původní výška chrupavky se obnovuje. Zmíněný pohyb tekutiny je pro správnou funkci chrupavky nezbytný (3, 6, 28).

Mezi chondrocyty není přímý mezibuněčný kontakt, *jejich výživa* se děje difuzí ze synoviální tekutiny, která je pohybem vmasírována do kloubní chrupavky. Výživné látky se dostávají ze synoviální membrány, která je bohatě zásobena krevními cévami, do synoviální tekutiny. Pohybem, zatížením kloubu, docílíme rozdělení synoviální tekutiny v kloubní dutině tak, aby byly chrupavčité buňky a mezibuněčná hmota zásobeny výživnými látkami rovnoměrně. Při kloubním pohybu dochází nejen k vtlačení synoviální tekutiny do tkáně chrupavky, ale zároveň nastává vytlačení tekutiny, s obsahem odpadních látek, z chrupavky. Ty jsou ze synoviální tekutiny vstřebávány cévami výstelky a odstraněny z kloubu. Tento pochod výživy v chrupavce se označuje jako *kloubní chrupavková pumpa*. Podmínky výživy a určité zatížení musí být v rovnováze. Při přiměřeném pohybu vznikají pro výživu chrupavky a její funkci velmi příznivé podmínky. Pokud je však kloub v nadměrném klidu nebo je naopak nepřiměřeně přetížen, výživa chrupavky se podstatně zhorší se všemi důsledky. Vliv na kvalitu výživy chrupavky má i věk, kdy s věkem dochází ke zhoršení funkce kloubní chrupavkové pumpy, v důsledku zpomalení činnosti chondrocytů a snížení množství tekutiny obsažené v chrupavce (3, 6, 30).

Synoviální tekutina je ultrafiltrátem plazmy, je čirá nebo lehce žlutavě zbarvená, viskózní, se slabě alkalickou reakcí. Její velmi důležitou složkou je hyaluronová

kyselina. Fyzikálními vlastnostmi této tekutiny jsou *viskozita* a *elasticita*, které se značně mění s rychlostí a počtem pohybů, se změnami teploty a pH. Funkcí synoviální tekutiny je výživa kloubních chrupavek, lubrikace kloubních ploch a ochrana kloubních chrupavek před erozí. Lubrikace mezi kloubními povrchy, slouží ke snížení tření při pohybu. Je zabezpečována povrchovou vrstvou glykoproteinů a tenkým filmem synoviální tekutiny, vytlačené při pohybu tlakem artikulujících povrchů z chrupavky. Tato lubrikační tekutina se stále obnovuje, její složení se doplňuje z krve proudící v cévách výstelky (3, 9, 28).

1.1.3 Rozsahy pohybu a zatížení kyčelního kloubu

Kyčelní kloub se řadí mezi klouby trojosé, jelikož se může při pohybech otáčet kolem všech tří základních os, které jsou k sobě navzájem kolmé.

Je také kloubem kulovitým omezeným, kdy je díky hluboké jamce omezován pohyb, protože hlavice naráží na její okraje, i přesto však umožňuje velkou pohyblivost, která je ale u každého člověka jiná. *Rozsahy pohybu* jsou u kyčelního kloubu velmi variabilní. Ze vzpřímeného stoje, který je základním postavením, je možná *extenze* (ohnutí dolní končetiny dozadu, za tělo; do 13-15°), *flexe* (ohnutí dopředu, koleno se zvedá; do 120°), *abdukce* (odtažení končetinou zevně, do strany; do 40°), *addukce* ze základního postavení – překřičují se dolní končetiny (přitažení abdukované končetiny zpět; do 10°). Je možná i *zevní rotace* do 15° a *vnitřní rotace* do 35° (rotace oběma směry se zvětšuje při současné flexi). Krajiní polohy maximálních pohybů v kloubu tvoří v ideálním případě kružnici, tento pohyb se označuje jako *circumdukce*.

Kyčelní kloub je zatížen statickým tlakem, tělesnou hmotností a dynamickým tahem svalů. Výsledná zátěž působící na nosné části kloubních povrchů, je přenášena na hyalinní chrupavku, subchondrální oblast i vlastní kostěné kloubní komponenty. Normálně fungující kyčelní kloub předpokládá kongruenci kloubních ploch, vyjádřenou na RTG snímku koncentrickými povrchy jamky a hlavice.

Ve stoji na obou končetinách působí na kyčelní kloub jen tělesná hmotnost. Při stoji na jedné končetině nebo při chůzi ve stojné fázi kroku, nese kyčelní kloub stojné končetiny celou hmotnost těla (1, 3, 4, 11, 28, 29).

1.2 Komplexní léčba nemocných s koxartrózou

V této kapitole je charakterizováno onemocnění koxartróza, příčiny vzniku koxartrózy, její vývoj, klinický obraz, vyšetřovací metody a léčba. Vzhledem k tématu práce, role sestry u nemocných s koxartrózou, je věnována pozornost především podkapitole, která se věnuje nefarmakologické léčbě (1.2.4). Pro úplnost jsou zařazeny i podkapitoly, které se věnují léčbě farmakologické (1.2.5) a operační (1.2.6).

1.2.1 Charakteristika koxartrózy

Jako koxartróza bývá nazývána osteoartróza kyčelního kloubu. Jedná se o degenerativní kloubní onemocnění, charakterizované degradací kloubní chrupavky (její rozvláknění, ztenčení, eroze), subchondrální sklerózou, tvorbou osteofytů a změnami měkkých tkání, které zahrnují synoviální membránu, kloubní pouzdro, kloubní vazy i svaly. Kvalita kloubní chrupavky se postupně zhoršuje tak, že kloubní chrupavka není posléze schopna kompenzovat mechanickou zátěž, která je na ni při běžné aktivitě vynakládána, výsledkem je selhání kloubu. Hnízdil dodává: „Před několika lety byla při posuzování artrózy zaměřena pozornost lékařů téměř výlučně na chrupavčitou a kostní tkáň a další struktury vlastního kloubu, poslední výzkumy potvrzují, že při jejím rozvoji významnou roli sehrávají i další součásti pohybového aparátu – vazy, šlachy a svaly. Jejich nedostatečná kvalita či poškození se totiž zákonitě velmi rychle odrážejí v přetížení kloubu a urychlení rozvoje artrózy. Všeobecně se soudí, že ke vzniku klinických příznaků mohou právě tyto struktury přispívat mnohem více než změny kloubní chrupavky (6, s. 8)“ (3, 7, 15, 25).

Koxartróza může postihovat jeden nebo oba kyčelní klouby. Dělíme ji dle vzniku na tzv. primární a sekundární. U *primární koxartrózy* se uplatňují faktory dědičnosti a chronického přetížení. Je třeba si uvědomit, že na kyčelní kloub je přenášena váha celého těla, z toho důvodu patří tento kloub k nejvíce opotřebovaným. Koxartróza vzniká při nadměrné zátěži zdravého kloubu nebo při normální zátěži abnormálního kloubu. *Sekundární koxartróza* se rozvíjí v důsledku kloubní nepravidelnosti, vzniklé na podkladě vývojové vady, traumatických změn, metabolických změn, endokrinní

nemoci, zánětlivého onemocnění, neurogenního původu. Vzniká nejčastěji ve 4. decenniu života.

Koxartrózu lze dále rozdělit na formu hypertrofickou a atrofickou. Hypertrofická forma se projevuje osteofyty a subchondrální kostní sklerózou. Forma atrofická je příznačná úbytkem kosti i chrupavky.

Koxartróza má téměř neodhadnutelnou rychlost progresu, která je sice v principu velmi pomalá, ale existuje množina pacientů s velmi rychlou progresí (3, 24, 25, 30).

1.2.2 Klinický obraz

Koxartróza se zpočátku projevuje nenápadně námahovou bolestí kyčle, později je bolest i při obvyklé zátěži chůzí a často jako tzv. startovací bolest na začátku pohybu, ztuhlost kloubu. Následně se přidává i bolest klidová, která významně ruší spánek nemocného. Bolest bývá lokalizována nejčastěji do třísla, ale i bolest v oblasti hýždě, ve stehně nebo v krajině kolenního kloubu může být projevem postižení kyčle.

Postupně se zhoršuje rozsah pohybu kyčelního kloubu a s tím spojená nestabilita. Nejdříve dochází k omezení rotací, především vnitřní rotace, bolestivost v krajních polohách kloubu, u pokročilejších stádií i omezení dalších složek pohybu. V souvislosti s pohybem se mohou objevovat kloubní drásoty či různé lupavé fenomény.

Při koxartróze je průvodním jevem i kulhání, které může být způsobeno vlastním poškozením funkce kloubu, může být podvědomou reakcí na bolest, příčinou mohou být také oslabené svaly, jenž zajišťují pohyb daného kloubu. Typická je antalgická klaudikace, projevující se rychlým provedením kroku přes postižený kloub. U koxartrózy vzniklé na podkladě vrozené kyčelní dysplazie bývají přítomny ještě další příznaky, jako výraznější rozdíl délek končetin, eventuálně zcela atypické postavení postižené končetiny a pánve (19, 24, 32).

1.2.3 Diagnostika

Diagnostika se skládá především z pečlivě odebrané anamnézy, klinického vyšetření, rentgenového vyšetření a dalších pomocných vyšetřovacích metod.

Klinické vyšetření je zaměřeno na zjištění funkce postiženého kloubu a celé končetiny, rozsah pohybu, změny stereotypu chůze, provádí se palpací kyčelní krajiny, neurologické a cévní vyšetření končetiny.

Na rentgenovém snímku se koxartróza zpočátku projevuje zúžením kloubní štěrbiny, což je způsobeno snížením chrupavky. Na okrajích kloubních ploch se vytvářejí osteofyty, subchondrální kost jeví známky sklerózy, později se objevují pseudocysty, které v následujících stádiích kolabují, hlavice se oploští a deformuje. Další progres artrózy vede k vymizení kloubní chrupavky a rozvoji ztuhlosti kloubu. Na snímku kyčelního kloubu lze také zaznamenat posuny hlavice kraniálně, mediálně nebo axiálně. Rentgenové vyšetření je u koxartrózy nepostradatelné, slouží k rozlišení stádia poškození, mělo by být provedeno jednou za tři roky. Podle závažnosti postižení rozlišujeme 4 stádia koxartrózy dle Kellgrena-Lawrence (Příloha 4).

Laboratorní vyšetření spíše napomáhají vyloučení jiné příčiny kloubních obtíží. Při sekundárním zánětu mohou být zvýšené zánětlivé markery.

Další pomocné vyšetřovací metody jsou výpočetní tomografie, kostní densitometrie, magnetická rezonance (3, 7, 15, 19, 21, 24, 30, 32).

1.2.4 Nefarmakologická léčba

Léčba nemocných s koxartrózou se zahajuje nefarmakologickými prostředky, z nichž na prvním místě je edukace pacienta a jeho motivace k další spolupráci. Mezi nefarmakologické prostředky lze zařadit režimová opatření, rehabilitaci, fyzikální a lázeňskou léčbu.

Léčba je zaměřena na prevenci vzniku závažnějších strukturálních změn, omezování progresu změn již vzniklých a tlumení symptomů, především bolesti. EULAR vydala doporučení pro léčbu koxartrózy v klinické praxi (Příloha 5).

Cílem *režimových opatření* je šetření postiženého kyčelního kloubu. Zahrnuje *snížení nadváhy*, jelikož hmotnost významně přispívá k opotřebením kloubní chrupavky a ke vzniku koxartrózy, proto je třeba tuto zátěž snížit a odlehčit tak kyčelní klouby. Ke snížení hmotnosti může nemocný s nadváhou přispět dodržováním racionální stravy, tedy preferovat ovoce, zeleninu, potraviny s vysokým obsahem vlákniny, vyvarovat se

tzv. červených mas (hovězí, vepřové), konzumovat libová, bílá masa (králíčí, kuřecí, mořské ryby). Redukce hmotnosti může do jisté míry snížit intenzitu kloubní bolesti. „1 kg úbytku na tělesné hmotnosti znamená snížení tlaku na kyčel při chůzi o 3 kg! (25, s.1)“. Odlehčení kyčelního kloubu lze dosáhnout i používáním *opory při chůzi*, např. hůl, francouzské hole a podpažní berle nebo chodící aparát. Dojde nejen k odlehčení kyčelních kloubů, ale zároveň se sníží bolest, zlepší chůze a soběstačnost nemocného. Velký význam má také *nošení vhodné pevné obuvi s event. korekcemi pro různé deformity*. Pro nemocné s koxartrózou je vhodné *využití protetických pomůcek ke stabilizaci kloubu*, jenž brání zbytečným nebo nekoordinovaným pohybům. Někdy je nutné vybavit nemocného i různými *protetickými a jinými pomůckami, které ulehčí nemocnému běžný denní život*. Patří sem nástavce na WC (Příloha 6), abdukční klín (Příloha 7), protismykové hroty na berle, sedačka do vany, protiskluzné rohože atd. Přínosem pro nemocného je i *korekce délek končetin* (6, 7, 13, 17, 24, 25, 32).

Další součástí je *rehabilitace*. Pro nemocné s koxartrózou je cvičení nezbytnou součástí léčby. Vhodná, přiměřená a pravidelná pohybová aktivita pomáhá udržovat optimální tělesnou hmotnost a artrotický kloub v co nejlepším funkčním stavu. Cílem cvičení je zvýšení rozsahu pohybu a síly, normalizace chůze a usnadnění denních činností, zabránění dalšímu poškození artrotického kloubu. Cvičení může být stejně účinné při mírnění bolesti jako užívání analgetik.

Vhodným pohybem je chůze, jízda na kole nebo rotopedu, plavání a cvičení v bazénu, běžná domácí gymnastika, aerobní cvičení, izometrická cvičení, Nordic Walking. Nemocný by se měl vyvarovat sedavému způsobu života a některým sportům s tvrdými běhy, doskoky a přeskoky.

Je však nezbytné zdůraznit, že je vhodná pouze určitá míra zátěže, prostřídaná s účinnou klidovou terapií a polohováním.

Výborným pomocníkem je *fyzikální léčba*, která zahrnuje *působení tepla, chladu, Prieznitzův obklad, vodoléčbu, elektroléčbu, léčbu ultrazvukem, magnetoterapii*. Jejím cílem je úleva od bolesti a dosažení maximální možné hybnosti postiženého kloubu, a tím zajištění co nejvyšší možné kvality života. Velmi důležitou součástí léčby je také *manuální terapie*, kdy bývá úlevná především trakce, tedy vytažení kyčelního

kloubu, masáž, metoda postizometrické svalové relaxace, protažení kůže a měkkých tkání v okolí kloubu.

Lázeňský léčebný pobyt není nezbytnou součástí léčby koxartrózy. Přináší však příznivý efekt, nejen na onemocnění samotné, ale i na celkový stav nemocného. Kvalitní několikátýdenní balneoterapie má své opodstatnění především u nemocných v počátečních stádiích onemocnění. Lázeňská léčba zahrnuje i režimová opatření a během pobytu mění životní styl nemocného. Je velkým přínosem, pokud se pro nemocného stane impulsem k přijetí nezbytných režimových opatření a k trvalé změně životního stylu (6, 13, 17, 19, 32).

1.2.5 Farmakologická léčba

Farmakoterapie se využívá k léčbě bolesti, zánětu, podpoře regenerace kloubní chrupavky, ovlivnění kvantity a kvality nitrokloubní tekutiny. Aplikuje se v podobě tablet, kapslí, prášku pro přípravu orální suspenze, mastí nebo gelů, injekčně přímo do postiženého kloubu. Je doplňkem k nefarmakologické léčbě. Ordinuje ji lékař na základě stupně postižení kyčelního kloubu artrózou, celkového stavu nemocného a s přihlédnutím na jeho přidružená onemocnění.

Analgetika (neopioidní, opioidní). Hnízdil však připomíná: „Ale nejhorším nežádoucím (vedlejším) účinkem analgetik je, že potlačují bolest (ochranný signál), a dovolují tak pacientovi pokračovat v nadměrném přetěžování kloubů, které je tou pravou příčinou následných bolestivých komplikací (6, s. 11)“.

Nesteroidní antirevmatika (NSA), jsou léky stále nejužívanější při farmakologické léčbě koxartrózy. Jejich účinek je protizánětlivý i analgetický. Léčba je však pouze symptomatická, jelikož NSA nezpomalují progresi koxartrózy, naopak jejich dlouhodobé používání může progresi koxartrózy urychlit, protože kloub, který je analgetickým účinkem zbaven schopnosti signalizovat bolestí patologickou situaci, je často dále nadměrně přetěžován. Při léčbě nesteroidními antirevmatiky je třeba mít na paměti jejich negativní účinky, a to poškození sliznic žaludku a duodena (eroze, vředy, krvácení), snížení funkce ledvin, poškozují funkci jater, na kůži mohou způsobit exantém či svědění, mají vliv i na centrální nervový systém (bolest hlavy,

nespavost, deprese, závratě). Perorální terapie proto nesmí být dlouhodobá, vhodné je střídání s čípkovými formami nebo použití antirevmatických a analgetických mastí či gelů.

Selektivní inhibitory COX-2 jsou na trhu novinkou. Jejich výhodou je, že výrazně snižují procento nežádoucích komplikací (krvácení do trávicího ústrojí, vznik žaludečních vředů, poruchy funkce ledvin, jater a endotelu cév, poruchy tvorby agregace krevních destiček). Je však třeba brát v úvahu i přidružená onemocnění a interakce s dalšími léky, aby nedošlo ke zhoršení stavu klienta.

ILAR (Mezinárodní liga proti revmatismu) doporučuje novou klasifikaci léků pro terapii artrózy. Patří sem tzv. *pomalou působící léky (SADOA)*, mezi něž se řadí chondroprotektiva preventivně chránící chrupavku nebo zlepšující trofiku chrupavky poškozené. Jsou vhodné především pro nemocné v počínajících fázích onemocnění. Mezi SADOA patří *symptomaticky pomalu působící léky (SYSADOA)*. Tyto léky mají protrahovaný symptomatický účinek (např. kyselina hyaluronová, chondroitinsulfát, glucosaminsulfát). Jejich pozitivem je velmi malý výskyt nežádoucích účinků. Jsou účinné především v časných stádiích choroby, v pokročilých fázích jsou již bez efektu. Dále sem patří *léky ovlivňující náhradu nitrokloubní tekutiny*, jakési promazání kloubů (preparát Synvisc).

Kortikosteroidy představují další skupinu léků používaných při léčbě dekompenzované artrózy. Nejčastěji se používají pro nitrokloubní aplikaci a pro obstříky bolestivých úponů šlach a ligament. Mají protizánětlivý a supresivní autoimunitní účinek. Zmírňují bolest, snižují produkci synoviálního výpotku a zlepšují funkci kloubu. Většinou je používáme až tehdy, kdy je ostatní léčba neúčinná (13, 16, 24).

1.2.6 Operační léčba

Operační léčbu je vhodné indikovat až po selhání všech metod léčby. Hlavním důvodem, který vede lékaře k doporučení operace, je bolest a výrazná porucha funkce kloubu, omezující celkové pohybové schopnosti nemocného.

Cílem této léčby je úleva od silné bolesti, která pokročilejší formy artrózy provází, zlepšení rozsahu pohybu kloubu, čímž se výrazně zlepší životní komfort nemocného.

Žádná kloubní náhrada nemá nekonečnou životnost. Proto je nezbytné, aby byl nemocný s touto skutečností srozuměn a dodržoval stále přiměřenou pohybovou aktivitu a režimová opatření.

V léčbě koxartrózy se uplatňuje především aloplastika, dále pak osteotomie, resekční plastika, angulační osteotomie a artrodéza (19, 24, 25).

1.3 Nemocný v ošetrovatelském procesu

Tato kapitola se zabývá nemocným, jeho rolí v ošetrovatelském procesu, jeho potřebami a úlohou sestry při plnění potřeb nemocného (1.4.2). U nemocného s koxartrózou je jednou z potřeb, s nejvyšší prioritou, být bez bolesti, z toho důvodu je zařazena i podkapitola, která popisuje, jak nemocný prožívá svoji bolest (1.4.3).

Dnešní medicína posouvá tradiční roli nemocného a jeho rodiny. Nemocní jsou oproti dřívějším dobám stále více informovanější, chtějí se aktivně podílet na své léčbě, jsou ochotnější spolupracovat v péči o své zdraví. Z pasivního příjemce zdravotní péče se stává nemocný aktivním účastníkem týmové práce zdravotníků. Na nemocného již nelze pohlížet jako na pasivní bytost, která se trpělivě a odevzdaně podrobuje rozhodnutím a péči zdravotnických profesionálů. Zdravotníci si musí uvědomit, že i nemocný člověk je svéprávná bytost, která má právo rozhodovat se a aktivně se podílet na péči o své zdraví.

Ve světě je posilována role nemocného především v otázkách výsledků léčby a její kvality. Proto se začínají sledovat nemocní a jejich výpovědi zaměřené na potřeby a hodnoty. Získané zkušenosti jsou pak využity ke sledování konečného efektu léčby, ke zhodnocení kvality léčebného procesu (8, 14).

1.3.1 Potřeby nemocného

Cílem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Sestra nahlíží na člověka

z holistického pohledu, tedy jako na celek. Z čehož plyne, že každá porucha jedné části je poruchou celého systému.

Potřeba vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Potřeby velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života. Každý z nás má jiné potřeby a jinou míru naléhavosti v naplnění jednotlivých potřeb.

Nemoc často brání lidem v uspokojování jejich potřeb, mění způsob vyjádření potřeb a možnosti jejich uspokojování. Z toho důvodu sestry napomáhají nemocným v uspokojování jejich fyziologických i psychických potřeb. Neuspokojení potřeby může vést nemocného až k frustraci, uvádět ho do stresu, do deprivace. Naplnění potřeb je uspokojení, které přináší životní vyrovnanost, pohodu a pocit životního optima.

Potřeby lze uspokojovat způsobem žádoucím nebo nežádoucím. Za žádoucí způsoby považujeme ty, které neškodí ani nám, ani jiným, jsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami a jsou uspokojovány v mezích zákona. Za nežádoucí způsoby pokládáme ty, které škodí dané osobě nebo jiným, nejsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami nebo přesahují meze zákona (27, 31).

Konečné naplnění potřeb je ovlivňováno faktory, které v zásadě dělíme na objektivní (vývojové stádium jedince, pohlaví, věk, vzdělání, rodinné zázemí, společenské postavení, mezilidské vztahy) a na subjektivní (sebekoncepce).

Potřeba, jako projev nedostatku, startuje proces motivace. Motivace je proces, který ovlivňuje jednání a chování, určuje jeho směr, sílu a trvání. Podle síly motivace vyvíjí nemocný aktivitu, hledá cesty k naplnění potřeby, dochází k jejímu uspokojení nebo dochází k naplnění náhradního cíle. Sestra by měla nemocné motivovat k překonávání problémů, podporovat je při plnění potřeb a pomáhat hledat nové cesty k naplnění potřeb.

Pochopením potřeb druhých lidí lze lépe posoudit a hodnotit jejich chování. Zhodnocení potřeb nemocného je základem pro zhodnocení jeho samého a jeho chování. Teprve poté může sestra seřadit problémy dle důležitosti a vytvořit plán péče, s cílem naplnění těchto potřeb. Teoretické znalosti lidských potřeb, faktorů a situací, vlivem kterých se potřeby mění, umožňují sestře výběr kvalitní intervence. Sestra může

znalosti o lidských potřebách využít při edukaci nemocného a podpořit jej v seberealizaci (8, 31).

Při plnění potřeb by sestra měla vždy respektovat autonomii nemocného člověka, tedy zachování jeho identity, svobody. Autonomii zajistí respektováním vysloveních přání nemocného, jeho názorů a předchozích zkušeností s nemocí, poskytne mu možnost podílet se na plánování své léčby, na spoluhledání nových cest v léčbě i možnost přijmout nebo odmítnout terapeutický nebo ošetrovatelský úkon. I nemocný, který je fyzický závislý na druhých může být zároveň psychicky zcela autonomní.

Některé potřeby si může nemocný plnit sám, s jinými mu musí být pomoheno. Proto je důležité hodnotit nemocné ve smyslu soběstačnosti v naplňování potřeb. Toto hodnocení nás informuje o zdravotním a psychickém stavu a následné soběstačnosti nemocného člověka. Získané údaje slouží ke stanovení rozsahu a obsahu péče o nemocné (8, 27).

U nemocných s koxartrózou se mohou projevovat především tyto potřeby: potřeba být bez bolesti, potřeba chůze a pohybu, potřeba soběstačnosti, nezávislosti, autonomie, jistoty a bezpečí, potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut,... , samozřejmě i uspokojení potřeb sexuálních atd (10, 27).

1.3.2 Prožívání bolesti nemocným

Každý nemocný člověk dává najevo prožívání své bolesti jiným způsobem. Proto je nezbytné, aby ošetrující personál komunikoval s nemocným a bedlivě sledoval jeho celkové chování. Bolest může být vyjadřována verbálně a neverbálně. Verbálními projevy bolesti rozumíme vlastní popisování bolesti. Nonverbální projevy bolesti jsou mimoslovní deskripce bolesti. Hlavními nonverbálními projevy jsou: paralingvistické projevy bolesti (vzdechy, sykání, pláč, naříkání, vzdychání), mimické projevy bolesti (pitvoření obličeje, úzkostné koutky, grimasy), pohyby končetin – motorické projevy bolesti (ustrnutí, ucuknutí, tření příslušné oblasti), posturální projevy bolesti (ustrnutí v určité poloze, schoulení se, nahrbení).

Prožívání bolesti je ovlivněno jak individuálními vlastnostmi osoby, tak i vnějšími podmínkami, ve kterých se člověk právě nachází. Vnímání a prožívání bolesti

je ovlivněno negativními a pozitivními silami. Negativní síly berou síly ke snášení a mírnění bolesti, např. nedostatek vědomostí, strach, úzkost, zlost, smutek, deprese, nuda, nešetrné zacházení, hluk, nedostatek spánku, vyčerpání, osamělost. Pozitivní síly přinášejí síly ke snášení a mírnění bolesti, např. kvalitní informovanost, včasná diagnóza, důvěra v ošetřující personál, porozumění, sympatie, přátelství, víra v uzdravení, odreagování, utišení symptomů bolesti, povzbuzení nálady, spánek, odpočinek, relaxace, medikamentózní tlumení bolesti. Subjektivní vnímání a prožívání bolesti je velmi úzce spojeno s aktuálním psychickým stavem nemocného, kdy nepříznivou roli sehrávají především úzkost a deprese. Je proto třeba mít na paměti, že bolest podmiňuje nervozitu a úzkost nemocného, čímž je zpětně zhoršováno subjektivní prožívání bolesti.

Účelné je také získávání informací o tom, jaký byl člověk před vypuknutím bolestivého onemocnění, tedy odebrání anamnézy sestrou. Tyto informace mohou vést ke snadnějšímu pochopení chování nemocného a následných změn, které mohla přinést nemoc a bolest. Nemocné trpící chronickou bolestí často provází deprese, která se odráží ve způsobu života. Projevy deprese si je tedy nutno spojit s bolestí a podle toho s nemocným člověkem jednat.

Osobnostní rysy ovlivňující prožívání bolesti, jsou dány emoční stabilitou nebo naopak labilitou každého jedince. Významný je v tomto případě i přístup zdravotníků, kteří mohou svým kvalitním a laskavým jednáním s nemocným úlevu od bolesti velmi podpořit.

Každý jedinec má určitou míru tolerance bolesti, která je individuální. Tolerance k bolesti bývá definována jako horní hranice únosnosti bolesti. Tolerance bývá vyšší u introvertů než u extrovertů, protože extroverti o své bolesti hovoří a jsou ochotni nechat se léčit všemi možnými způsoby. Může být posilována šetrností, ohleduplností, důvěrou k lékařům a sestram a dalšími pozitivními silami (6, 27).

1.4 Role sestry v mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou

Tato kapitola je zaměřena na ošetrovatelský proces u nemocných s bolestmi v důsledku koxartrózy a především na roli sestry, která o tyto nemocné pečuje. Pro upřesnění problematiky je zařazena i podkapitola definice bolesti (1.4.1), se zaměřením na bolest u koxartrózy. Zmiňujeme se i o edukaci o možnostech mírnění bolesti u nemocného s koxartrózou (1.4.6), neboť právě edukace byla použita k dosažení cílů této práce.

1.4.1 Definice bolesti

Definice bolesti je obtížná, jelikož vnímání bolesti a reakce na ni jsou výsledkem složitých interakcí mnoha faktorů. Existuje mnoho definic bolesti, např.: „Bolest je složitý jev, signalizující hrozbu tkáňového poškození, je to integrovaná obranná reakce a soukromá zkušenost s utrpením (23, s. 23)“, „Bolest je nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost, která souvisí se skutečným nebo potencionálním tkáňovým poškozením nebo je popisována ve smyslu takového poškození (23, s. 23)“. Pracovní definice pro sestry by mohla znít takto: „Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí (23, s. 23)“.

Bolest je velmi důležitá a nezastupitelná. Akutní bolest má ochranný charakter, postiženého varuje a zabraňuje mu v dalším zhoršování stavu. Akutní bolest je účelná, napomáhá přežití, zatímco chronická bolest, jakožto bolest dlouhodobá, se stává neúčelnou. V obou případech přivádí bolest nemocného k lékaři.

Základem bolestivého vjemu je nocicepce. Informace o bolesti je vnímána nociceptory. Výsledkem nocicepce je uvědomění si bolesti.

Bolest u koxartrózy se řadí mezi bolesti chronické benigní. *Chronická bolest* je bolest, která s více méně stejnou intenzitou trvá dlouhé období. Dle mezinárodní definice trvá chronická bolest déle než tři měsíce. Je popisována jako únavná, námahová až vyčerpávající, úmorná. *Benigní chronická bolest* doprovází onemocnění, která sice nebývají život ohrožující, ale prakticky vždy výrazně svým působením mění kvalitu života nemocného, vyžaduje zcela specifické vnímání problémů a potřeb nemocného

člověka, léčbu bolesti, individuální psychoterapeutický přístup. Proto je třeba velmi pozorně posuzovat bolest a následně upravit medikaci (9, 23, 27, 31).

Bolest je nejčastějším a nejdůležitějším symptomem u koxartrózy. Bolest u koxartrózy má organickou příčinu. Zdrojem bolesti mohou být všechny inervované tkáně kloubu, tedy skoro všechny komponenty kromě chrupavky. Jedná se o bolest hlubokou, která bývá popisována jako tupá, spojená se ztuhlostí a omezením rozsahu pohybů v postižených kloubech, přinášející pocit celkové rozlady.

U koxartrózy se objevuje několik typů bolesti. Jedná se o startovací bolest, která se objevuje po dlouhodobé fixaci kloubu v jedné poloze, dále o bolest zátěžovou, vyskytující se po delší námaze jako je chůze nebo stání. Bolest se může objevit i na konci rozsahu pohybu a při zánětu. Objevuje se především ve stádiu dekompenzace.

Koxartróza probíhá ve dvou stádiích kompenzace a dekompenzace, přičemž se tato období mohou střídát. Při správné léčbě mohou stádia kompenzace trvat převážnou dobu a stádia dekompenzace mohou být ojedinělá. *Období kompenzace* je charakterizováno malou kloubní bolestivostí, zlepšením funkce a přetrváváním jen konečných pohybových deficitů, zatímco *dekompenzace* je naproti tomu obdobím bolestí nejen po zátěži, ale především v klidu, dochází k výraznému zhoršení funkce kloubu.

Nemocný s koxartrózou se často na bolest adaptuje, naučí se s ní žít. Bohužel to však neznamená, že by se intenzita jeho bolesti snížila. Zvládnání bolestí u koxartrózy je velký problém, jelikož dopad těchto bolestí má vliv na životní styl postižených. Působí destruktivně na tělesnou, psychickou i sociální stránku člověka, nutí nemocného, aby se jí přizpůsobil. Tuto bolest často provázejí poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu a libida, zácpa, přílišné zaujetí nemocí, změny osobnosti, pracovní neschopnost a další. Proto musí být léčba takových bolestí komplexní.

Léčbu bolesti u koxartrózy zahajujeme nefarmakologickými prostředky, z nichž na prvním místě je edukace nemocného, jeho získání pro režimová opatření a stimulace k některým aktivitám, jiné naopak nedoporučujeme (6, 12, 18, 21, 23, 27, 31).

1.4.2 Ošetřovatelský proces u nemocných s bolestí v souvislosti s koxartrózou

K mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou využívá sestra metodu ošetřovatelského procesu, který se skládá ze sběru anamnézy, plánování, realizace a hodnocení.

Při sběru anamnézy u nemocného s bolestí zjišťuje sestra intenzitu, lokalizaci, charakter bolesti, trvání bolesti, co bolest zlepšuje a co ji zhoršuje, v jakých oblastech bolest nemocného narušuje, jakou léčbu a s jakým výsledkem nemocný zkoušel, jak nemocný obvykle s bolestí zachází, v jakém rozmezí se pohybuje intenzita bolesti během dne, jaká je průměrná bolest během dne,... tyto informace vždy pečlivě zaznamená do sesterské dokumentace.

Plánování skýtá stanovení problému, v tomto případě především bolest. Dále je to stanovení cílů, kritérií a ošetřovatelských intervencí. Cílem je zmírnění nebo odstranění bolesti nemocného. Kritériem je spolupráce nemocného, jenž je nezbytná. Ošetřovatelské intervence, tedy způsoby mírnění bolesti sestrou, jsou popsány v podkapitole (1.3.4) o možnosti mírnění bolesti sestrou.

Na realizaci se podílí nejen sestra a lékař, ale především sám nemocný, svojí spoluprací. Úkoly a role sestry v mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou jsou blíže rozepsány v podkapitole (1.3.4) o možnosti mírnění bolesti sestrou a podkapitole (1.3.5), která popisuje role sestry v mírnění bolesti.

Poslední a nejdůležitější částí ošetřovatelského procesu, je hodnocení. Sestra pravidelně hodnotí účinnost a efektivnost celého procesu, a to z toho důvodu, zda je vhodné v tomto postupu i nadále pokračovat nebo naplánovat postup jiný, pro nemocného vhodnější a výhodnější (12, 27).

1.4.3 Hodnocení bolesti sestrou

Toto hodnocení je nezbytné provést na začátku ošetřovatelského procesu, ve fázi sběru anamnézy, dále v průběhu ošetřovatelského procesu a na jeho konci, z důvodu zjištění účinnosti intervencí.

K hodnocení bolesti je vhodné používat *škály pro hodnocení bolesti*, které objektivizují subjektivní prožívání bolesti nemocným. Oproti částečně

strukturovaným a nestrukturovaným rozhovorům nabízejí několik výhod: je jednoduché je použít, zaberou méně času, odhalí problémy, které potřebují pečlivější vyšetření, když se provedou před a po intervenci ke snížení bolesti, mohou pomoci zjistit, zda byla intervence účinná.

Škál pro hodnocení bolesti je více druhů, pro potřeby této práce byla využita VAS (*vizuálně analogová škála*). Použití VAS je jednoduché, srozumitelné a rychlé. Pomocí VAS lze hodnotit pouze intenzitu bolesti. VAS je úsečka, měřící 10 cm, se slovními popisky na každém konci – žádná bolest na jednom konci a nejhorší možná bolest na konci druhém. Nemocný označí na úsečce křížkem intenzitu bolesti, kterou právě prožívá. Pomocí pravítka sestra zhodnotí, jakou hodnotu nemocný označil. Měříme úsek od začátku (žádná bolest) po křížek, který nemocný zakreslil. Pro zjednodušení existují i pravítka s vizuální analogovou škálou (Příloha 8). „Grafické vyjádření pocitu bolesti dává nemocnému oprávněný pocit, že se sám podílí na své léčbě, a zároveň je ubezpečen, že máme zájem na léčení a ovlivnění jeho bolesti (27, s. 72)“.

Je nutné, aby sestra vždy hodnotila bolest s nemocným, nikoliv na nemocném. Základem léčby je posouzení bolesti nemocným. Při hodnocení bolesti se musíme spoléhat na to, co nám nemocný poví o své bolesti a o účinnosti léčby. Zdravotníci by si měli být vědomi individuálních variací v reakci na bolest a léčbu. Hodnocení bolesti často ukáže zda je léčba pro nemocného vhodná nebo ne (12, 23, 27).

1.4.4 Možnosti mírnění bolesti sestrou

Prioritou v uspokojování a naplňování potřeb nemocného je zbavit ho bolesti nebo ji alespoň zmírnit. Při péči o nemocného s bolestí je cílem snížit intenzitu bolesti, zlepšit jeho funkční schopnosti a zlepšit jeho kvalitu života. Možné způsoby terapie bolesti u koxartrózy jsou nefarmakologická léčba (viz. 1.2.4), na níž se může podílet spolu s lékařem i sestra. Dále jsou to metody, jenž jsou plně v kompetenci lékaře, kam patří farmakologická léčba (viz. 1.2.5), operační léčba a psychologické terapeutické postupy, např. relaxační techniky, kognitivně-behaviorální techniky a další. Je však

třeba mít na mysli, že postoj ošetrovatelského personálu k bolesti nemocného by měl být vždy individuální.

Sestra může, v rámci svých kompetencí, *edukovat* (Příloha 9- Edukační materiál) a *informovat* (Příloha 10- Informační brožura) nemocného o možnostech *mírnění bolesti nefarmakologickými prostředky*. Je nezbytné, aby sestra edukovala nemocného s nadváhou o vhodnosti redukce hmotnosti a podala mu informace o vhodném způsobu, jak snížení hmotnosti docílit. Neměla by zapomenout zdůraznit, že rychlé hubnutí není doporučováno u nemocných, které v blízké době čeká operace TEP kyčelního kloubu, z důvodu tzv. jojo efektu. Musí také nemocného poučit o důležitosti pravidelného a přiměřeného pohybu při koxartróze, vysvětlit mu pozitiva cvičení, nabídnout rehabilitaci, doporučit vhodnou pohybovou aktivitu a sporty. Poučit nemocného o vhodných a nevhodných pohybech a polohách, popř. jej tyto pohyby či polohy naučit. Doporučit mu metody fyzikální léčby a naučit jej jak, kdy a za jakým účelem by je měl aplikovat. Seznámit nemocného s kompenzačními pomůckami, které jsou vhodné nejen ke zmírnění bolesti, ale i k sebezpečí, např. opora při chůzi, abdukční klín, nástavec na WC atd. Informovat ho o možnosti lázeňské léčby. Nezbytné je, aby sestra nemocného poučila, co má dělat v případě kompenzovaného a dekompenzovaného stavu. Měla by umět vysvětlit nemocnému důvody, proč by měl využít i jiné metody mírnění než léky předepsané lékařem. Upozornit nemocného na vedlejší účinky analgetik a poučit jej, aby se řídil pokyny, které jsou uvedeny na příbalových letácích, vložených do krabiček s léky. Dále může sestra nemocného odkázat k lékaři, který je mu schopen, v rámci svých kompetencí, nabídnout i jiné metody léčby (12, 22, 27).

Významná a nepostradatelná je *komunikace mezi sestrou a nemocným*, díky které získává sestra informace o nemocném, na základě čehož plánuje vhodné intervence ke splnění jeho potřeb a zmírnění jeho bolesti. Komunikace je také důležitá pro vztah mezi sestrou a nemocným, prostřednictvím komunikace získává nemocný k sestře důvěru, jenž je nezbytná pro jejich vzájemnou spolupráci při léčbě. Sestra by při kontaktu s nemocným měla dávat najevo své porozumění, toleranci k nemocnému a jeho potřebám, projevovat individuální zájem o jeho osobu, aktivně nemocnému

naslouchat a odpovídat na jeho dotazy, být mu oporou a pomocnicí. Kvalita vztahu mezi sestrou a nemocným ovlivňuje ochotu nemocného vyzkoušet různé metody léčby.

Sestra by měla v nemocném pěstovat *pocit sebe-účinnosti*, to znamená, že má nemocný schopnost svoji bolest ovlivnit sám pomocí svých schopností. Výzkumy naznačují, že pocit sebe-účinnosti může přímo ovlivnit koncentraci endorfinů snižujících bolest.

Aktivní strategie vyrovnání se s bolestí mohou vést ke snížení bolesti, patří sem např. snaha normálně fungovat navzdory bolesti nebo snaha o odvrácení pozornosti od bolesti, na čemž se může podílet i sestra. Naproti tomu pasivní strategie, např. závislost na pomoci ostatních a omezování vlastních aktivit, vedou k větší bolesti a depresi.

Bolest může být léčena i v *ambulancích bolesti*, jenž se specializují na léčbu bolesti a metody, které mají své místo v léčení bolesti, jako akupunktura, fyzikální metody a další.

Kvalitní léčba bolesti umožní vést nemocným kvalitní život (5, 12, 23, 27, 31).

1.4.5 Role sestry v mírnění bolesti

Sestra je rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti. Postupem času se kompetence sestry i obsah její práce mění, její profese se stává samostatnější. Ošetřovatelství od sestry očekává, že je uznávaným odborníkem v oblasti svého samostatného působení v péči o nemocné. Sestra má povinnost iniciovat a podporovat činnosti, které napomáhají upevňovat zdraví a uspokojovat potřeby nemocného.

Sestra jedná a rozhoduje nezávisle, na základě svých vlastních znalostí, dovedností a profesionální odpovědnosti při posuzování a řešení individuálních problémů nemocných. Během své praxe vychází z potřeb nemocného a pochopení jeho problémů.

Sestra při plnění ošetřovatelské péče spolupracuje s lékaři a dalšími zdravotníky. Diagnostika a léčba chorob je primárně v kompetenci lékařů, sestra zastává v této oblasti sekundární roli. Nezávisle na konkrétní lékařské diagnóze provádí sestra

ošetřovatelské zhodnocení, ošetřovatelskou diagnostiku a stanovení priorit z hlediska ošetřovatelské péče. Je to z důvodu, že lékařská diagnóza vystihuje pouze tělesnou nebo duševní chorobu, nezahrnuje však důsledky choroby pro nemocného, jako soběstačnost, psychosomatickou rovnováhu a kvalitu života. Pro sestru tedy není prioritní choroba, ale reakce na neuspokojené základní životní potřeby související s chorobou, které nemocného nejvíce trápí, omezují či obtěžují. Při péči o nemocného s koxartrózou si je třeba uvědomit, že bolest může bránit nemocnému v pohybu, čímž dochází k následnému omezení mnoha dalších aktivit. Je tedy velmi důležité bolest odstranit, neboť jejím odstraněním nebo zmírněním dojde k uspokojení i dalších potřeb nemocného, které se odvíjejí od bolesti a nemožnosti pohybu (6, 12, 13, 14, 26, 27).

Sestra v rámci ošetřovatelského procesu u nemocného s bolestí uplatňuje všechny uvedené role. Tyto role se navzájem prolínají, aniž by se vylučovaly.

Sestra jako *poskytovatelka ošetřovatelské péče* samostatně pečuje o nemocného, jak v nemocniční tak i v ambulantní a terénní péči, identifikuje jeho ošetřovatelské problémy a zajišťuje plán jejich řešení. Úkolem sestry je zjistit, jaký způsob uspokojování potřeb je pro nemocného přijatelný. Sestra chápe nemocného holisticky, zohledňuje jeho zdraví a prostředí v zájmu uspokojování potřeb. Základní znalosti o bolestech znamenají první krok při hodnocení bolesti s nemocným. Sestra dobře obeznámená s různými aspekty léčby bolesti může využít spojení svého jedinečného postavení jakožto poskytovatelky péče. Vzhledem k individuální povaze a rozdílům ve vyjadřování bolesti musí sestra převzít odpovědnost při stanovení, kdy má nemocný bolest. Dokumentace pro hodnocení bolesti jsou jednou z možností, jak tyto potíže překonat. Pomocí dokumentace lze zvládat bolesti, než se stanou opravdu vážné. Postavení sestry jakožto pečovatelky dává sestře, oproti jiným zdravotníkům, lepší možnost vytvářet si s nemocným úzký a smysluplný vztah, což jí skýtá jedinečnou příležitost hodnotit účinek léčby. Tyto cenné informace pak předává lékaři a dalším členům ošetřujícího týmu.

V souvislosti s rolí pečovatelky zastává sestra i roli *manažerky a koordinátorky* ošetřovatelské péče. Plánuje, organizuje a realizuje ošetřovatelský proces u nemocných.

Spolupracuje s ostatními členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu. Motivuje nemocného i jeho rodinu ke spoluúčasti na mírnění bolesti a plnění dalších potřeb.

U nemocných s bolestí je jednou z významných rolí sestry i *role edukátorky* nemocného a jeho rodiny. Edukační činností se sestra podílí na upevňování zdraví a prevenci jeho poruch, rozvoji soběstačnosti a předcházení komplikacím z omezeného pohybu nemocného člověka, na nábviku potřebných praktických dovedností. Edukace nemocného má rozhodující význam pro další vývoj onemocnění. Edukací sestra učí, vzdělává a vychovává nemocného. Cílem je zaměření na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování a jednání nemocného v zájmu podpory zachování a obnovy jeho zdraví. Smyslem edukace je vysvětlit nemocnému, ve spolupráci s lékařem, podstatu onemocnění, možnosti terapie onemocnění, naučit nemocného, jak se může na léčbě podílet sám a motivovat jej k další spolupráci. Při edukaci sestra předá nemocnému informace, zároveň s nemocným diskutuje, hledá spolu s nemocným cesty k řešení problémů, učí nemocného nové dovednosti, aktivně mu pomáhá k dosažení jeho cílů a splnění potřeb.

Další důležitou rolí sestry je *role informátorky*. Neboť dostatek kvalitních informací o nemoci a její léčbě, může vést u nemocného ke zvýšení jeho spolupráce při léčbě, a tedy i ke snížení bolesti, zlepšení jeho celkového zdravotního stavu. Je však nezbytné, aby sestra poskytovala pouze takové informace, které jsou v její kompetenci, a aby tyto informace byly správné a pravdivé. Na rozdíl od edukace, se však jedná pouze o předání informace.

Sestra zastává i roli *obhájkyně nemocného*, a to v případě, kdy nemocný není schopen dát najevo své potřeby, problémy a přání. Prostřednictvím poskytování péče při ošetrovatelském procesu má sestra jedinečnou možnost nemocného dobře poznat, díky čemuž může tlumočit lékaři informaci o pacientově bolesti či jiných potížích. Uplatňování role mluvčí je projevem zájmu sestry o nemocného. Výsledkem tohoto jednání je podpora pocitu bezpečí a jistoty.

Sestra je *asistentkou lékaře*. Podílí se na diagnosticko-terapeutické lékařské péči, tím, že připravuje nemocného k vyšetření, asistuje při něm, zajišťuje různé terapeutické

činnosti ordinované lékařem. Objednává nemocného na vyšetření nebo terapie, k dispensarizaci.

V souvislosti s mírněním bolesti plní sestra i roli *nositelky změn* a roli *výzkumnice*. Jelikož ošetrovatelství podléhá změnám, musí se sestra těmto změnám přizpůsobit nebo je vytvářet. Tyto role jsou důležité nejen pro rozvoj ošetrovatelství jako důvěryhodné vědecké profese, ale také pro záruku kvalitní ošetrovatelské péče. Protože profesionální ošetrovatelská péče vyžaduje systematický přístup, speciální vědomosti, dovednosti a postoje, které musí mít vědecký základ (5, 8, 14, 16, 22, 26, 27).

1.4.6 Edukace o možnostech mírnění bolesti u nemocného s koxartrózou

Edukační činnost je důležitou součástí práce sestry. Edukace je proces výchovy a vzdělávání, jež se při edukaci vzájemně prolínají a podílejí se na rozvoji osobnosti. Pokud se na vzdělávacím procesu podílí sestra ve vztahu k pacientovi, pak se jedná o edukaci, nikoli o vzdělávání.

Edukace se děje se formou edukačního procesu, kdy je v roli edukátora sestra a v roli edukovaného nemocný s bolestí v důsledku onemocnění koxartrózy. Edukace je záměrný, cílevědomý a plánovaný proces. Pro edukaci je třeba stanovit si cíle, podmínky, způsob provedení a hodnocení. Je vhodné, aby si edukátor vytvořil před edukací plán edukace (Příloha 11). Zaměření edukace je třeba přizpůsobit znalostem a potřebám nemocného, proto je nebytné před edukací zhodnotit individuální znalosti a dovednosti, kterými nemocní disponují. Přístup k pacientům je odlišný v závislosti na jejich věku, kognitivních funkcích, postoji ke zdraví, potřebách. Je důležité klást důraz na motivaci, správnou organizaci výuky, učební atmosféru, stanovení učebních cílů pacienta a vhodnou volbu vyučovacích metod (2, 14, 20, 33).

Edukace u nemocných s koxartrózou by měla být zaměřena především na oblast mírnění bolesti pomocí nefarmakologických metod, na informace o nežádoucích účincích léků, na vhodný výběr kompenzačních pomůcek a nácvik jejich používání, na pohybovou aktivitu a na snížení zátěže, která je vyvíjena na kyčelní klouby (Příloha 9).

Edukace by měla probíhat ve vhodném prostředí, v klidné místnosti, která je účelně zařízena a vybavena potřebnými pomůckami. Součástí edukace by měla být zpětná vazba, jež se může odehrávat formou diskuze, dotazů, ale i zkoušení. Zpětná vazba je velmi důležitá, jelikož slouží k hodnocení celé edukace. Dotazy umožňují edukátorovi přizpůsobit výklad potřebám nemocných a zaměřit se na problémové nebo nejasné oblasti.

Cílem edukace je zapojit nemocného, popř. jeho blízké do ošetrovatelského procesu, aby se mohl sám aktivně podílet na léčbě svého onemocnění a mírnění bolesti. Edukace je nástrojem ke zlepšení způsobu kvality života nemocného. Výsledkem edukace je osvojení nových poznatků, pozitivní změna v jednání a chování a v přístupu k sobě samému (20, 33).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

Cíle práce:

- 1.** Zmapovat způsob vyhledávání informací nemocnými s koxartrózou.
- 2.** Zmapovat informace, kterými nemocní s koxartrózou v oblasti mírnění bolesti disponují.
- 3.** Zmapovat, jakou roli sehraává sestra v mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou z pohledu pacientů.
- 4.** Vytvoření edukačního materiálu pro nemocné s koxartrózou.
- 5.** Aplikace edukačního materiálu pro nemocné s koxartrózou.

Výzkumné otázky:

- 1:** Jakým způsobem nemocní vyhledávají informace?
- 2:** Jakými informacemi nemocní s koxartrózou v oblasti mírnění bolesti disponují?
- 3:** Jakou roli vykonává sestra v mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou z pohledu pacientů?
- 4:** Využívají nemocní s koxartrózou edukační materiál k mírnění bolesti?

3. Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Empirická část této práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Technikou sběru dat byl nestandardizovaný rozhovor, který probíhal u 10 vybraných respondentů, nemocných s koxartrózou čekajících na operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu, kteří navštěvují ortopedickou ambulanci v Třebíči.

První nestandardizovaný rozhovor proběhl dne 9. února 2009. Otázky byly zaměřeny na způsob vyhledávání informací nemocnými s koxartrózou a zmapování, jakými informacemi v oblasti mírnění bolesti nemocní s koxartrózou disponují. Další otázky se zaměřovaly na intenzitu bolesti, která byla hodnocena na VAS pravitku (Příloha 8) a její farmakologickou léčbu. Jedna z otázek byla položena za účelem zjištění role sestry z pohledu respondentů.

Pro přehlednost byly záznamy rozhovorů přepsány do kazuistik. Kazuistiky tvořily výzkumný podklad pro sestavení tabulek a grafů, kde jsou sumarizovány nejdůležitější výsledky výzkumu.

Dle výsledků prvního nestandardizovaného rozhovoru byla se skupinou respondentů provedena, dne 13. února 2009, edukace se zaměřením na mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou. Edukace proběhla dle edukačního plánu (Příloha 11). Během edukace byl respondentům předán edukační materiál (Příloha 9) a pro doplnění i informační brožura (Příloha 10). Respondenti byli seznámeni s faktory, které ovlivňují vznik onemocnění, nežádoucími účinky perorálních analgetik a antirevmatik. Dále byli poučeni o možnostech mírnění bolesti pomocí nefarmakologické terapie, o přetěžování kloubů nadváhou či nevhodným životním stylem. S respondenty byly nacvičeny způsoby šetření nemocného kyčelního kloubu. Také byli poučeni o důležitosti pohybového režimu, byli seznámeni s vhodnými i nevhodnými pohybovými aktivitami, vyzkoušeli si malou cvičební sestavu.

Druhý nestandardizovaný rozhovor proběhl dne 20. března 2009. Tento rozhovor byl zpětnou vazbou na předchozí edukaci, edukační materiál i informační brožuru.

Otázky byly zaměřeny na zjištění vědomostí respondentů z edukace, na spokojenost respondentů s edukací, edukačním materiálem a informační brožurou. Cílem bylo zjistit, zda a jak nemocní využívají edukační materiál nebo informační brožuru, co z edukace využili, co jim nejvíce pomohlo, popř. jaké informace jim chyběly. Respondenti byli opět dotázáni na roli sestry z jejich pohledu. Opět u nich byla stanovena intenzita bolesti pomocí pravítka VAS.

Na základě rozhovorů a zpětné vazby byly posléze vytvořeny kazuistiky. Kazuistiky tvořily výzkumný podklad pro sestavení tabulek a grafů, kde jsou sumarizovány nejdůležitější výsledky výzkumu.

Následně byly mezi sebou porovnány nejdůležitější výsledky z prvních rozhovorů s výsledky z druhých rozhovorů. Výsledky tohoto porovnání byly pro přehlednost sestaveny do tabulek a grafů.

Empirická část pobíhala v období od 9. února do 20. března 2009.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Před zahájením výzkumu bylo osloveno vedení ortopedického oddělení Nemocnice Třebíč, na základě čehož nám bylo umožněno provést výzkumné šetření a navázání spolupráce s nemocnými přímo v ortopedické ambulanci Nemocnice Třebíč.

Zkoumaný soubor tvořilo 10 respondentů, jednalo se o záměrný výběr, kdy zařazovacím kritériem byli nemocní s koxartrózou, kteří navštěvují ortopedickou ambulanci v Třebíči a jsou čekatelé na operaci TEP kyčelního kloubu. Dalším kritériem byl ochota ke spolupráci a čas těchto nemocných.

4. Výsledky

4.1 Kazuistiky respondentů

Kazuistiky byly zpracovány na základě rozhovorů, které proběhly u 10 nemocných s koxartrózou, kteří čekají na operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu a navštěvují ortopedickou ambulanci v Třebíči.

4.1.1 Kazuistiky respondentů z prvního rozhovoru

Kazuistika respondenta č. 1

Respondent č. 1 je žena ve věku 47 let. Léčí se s koxartrózou levého kyčelního kloubu. Povoláním je zdravotní sestra na úrazové chirurgii. Bolesti levého kyčelního kloubu má přibližně 3 roky, intenzitu hodnotí na VAS pravitku číslem 6. Přesto, že její stav k operaci směřuje, termín zatím nemá. Na dotaz proč, odpovídá: „Zatím se to snažím odkládat, protože mám 3 studující děti a jeden plat by chyběl. Navíc jsem typický zdravotník“.

Z pohybové aktivity uvádí respondentka chůzi, procházky, polohování pacientů, zvedání břemen. Žádnému sportu se nevěnuje.

Respondentka váží 56 kg, je vysoká 162 cm. V dětství používala chodící aparát, neboť měla nedorostlé stříšky kyčelních jamek. Trápí ji onemocnění gastroesophageální reflux, jiná přidružená onemocnění neudává.

Při bolestech užívá Ibalgin, o jeho nežádoucích účincích je informovaná, a tak jej užívá pouze při velkých bolestech, při VAS = 8.

Z kompenzačních pomůcek používá zvýšenou židli a lůžko pro šetření kyčelních kloubů. Dále abdukční klín, jednak za účelem úlevy od bolesti, také s ním preventivně spí. Jiné pomůcky nepoužívá.

Přístup k informacím má především díky své profesi. Informace získává od kolegů, některé věci ví sama, sbírá zkušenosti od pacientů. Občas si přečte článek v odborném časopise, nebo shlédne dokument v televizi, zkusila i internet.

Respondentka disponuje těmito informacemi o mírnění bolesti nemocného kyčelního kloubu: Má informace o správném sezení, ležení, používá abdukční klín. Léky se snaží užívat až při velkých bolestech z důvodu nežádoucích účinků. Zjistila, že ke zmírnění bolesti jí občas stačí aplikace tepla nebo chladu. Hmotnost si udržuje. Udává, že má nižší příjem tekutin. Ví, že je správný pohyb pro kloub důležitý a že by neměl být kloub přetěžovaný. Chodí pravidelně na semináře zabývající se tématikou manipulace s ležícím pacientem, aby se naučila šetřit svůj pohybový aparát. Dodává však: „Ale v praxi to bohužel vždy použitelné není“. Ví, kde si může obstarat kompenzační pomůcky.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s jejím onemocněním, odpověděla: „To je těžké, sama jsem sestra, takže toho pro sebe dělám nejvíc sama. Jinak jako pacient získávám od sestry informace, nechávám o sebe pečovat. Sestra asistuje lékaři, objednává mě na vyšetření, vede moji dokumentaci. Když má čas, tak si spolu popovídáme“.

Kazuistika respondenta č. 2

Respondent č. 2 je muž ve věku 66 let. Před 5 lety mu byla provedena totální náhrada levého kyčelního kloubu, nyní se léčí s koxartrózou pravého kyčelního kloubu. Dříve jsem byl zaměstnán, jako montér ve strojírenství. Nyní je ve starobním důchodu. Bolesti pravého kyčelního kloubu má přibližně 3 roky, intenzitu hodnotí na VAS pravítku číslem 3,2. Operaci totální náhrady kyčelního kloubu má plánovanou přibližně za půl roku, přesný termín zatím nemá.

Na dotaz, jakou pohybovou vykonává, odpověděl, že občas chodí s manželkou na procházky do přírody, když je hezky vyjede si na kole.

Respondent váží 108 kg, je vysoký 175 cm. Jako přidružené onemocnění uvádí vysoký krevní tlak.

Z léků užívá antihypertenziva, při bolestech užívá Ibalgin, neboť mu nejlépe zabírá, jelikož je informován o jeho nežádoucích účincích, užívá Ibalgin pouze při velkých bolestech, při VAS = 7.

Respondent nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

Informace získává pasivně, od lékaře nebo od sestry. Uvádí: „Co mi poradí doktor se sestrou, to se snažím dodržovat“.

Respondent disponuje těmito informacemi o mírnění bolesti nemocného kyčelního kloubu: Je si vědom toho, že by měl snížit svoji hmotnost. Zatím se mu podařilo snížit váhu o 4 kg, ale ještě by rád pokračoval. Má informaci o důležitosti pohybu, avšak neví, co si s bolavým kyčelním kloubem smí dovolit. Chodí tedy alespoň na procházky a jezdí na kole.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s jeho onemocněním, odpověděl: „Sestra mě objednává na vyšetření a na další kontrolu“.

Kazuistika respondenta č. 3

Respondent č. 3 je žena ve věku 78 let. Před 2 lety si zlomila krček pravé stehenní kosti, byla jí provedena totální náhrada pravého kyčelního kloubu, nyní se léčí s koxartrózou levého kyčelního kloubu. Dříve pracovala v zemědělství, dělala těžkou práci u dobytka. Bolesti levého kyčelního kloubu má přibližně 2 roky, intenzitu hodnotí na VAS pravitku číslem 4,2. Operaci totální náhrady kyčelního kloubu má plánovanou přibližně za 3 měsíce, přesný termín zatím nemá.

Jako pohybovou aktivitu respondentka uvádí chůzi po zahradě, do kostela, 2x denně cvičí. Cviky se naučila od rehabilitačních pracovníků v Rehabilitačním ústavu Hrabyně.

Respondentka váží 70 kg, je vysoká 160 cm. Z přidružených onemocnění uvádí artrózu obou kolen, revmatoidní artritidu v rukách, diabetes mellitus, hypertenzi, ledvinové kameny, je po operaci TEP pravé kyčle, apendektomii, hysterektomii, TEP pravé kyčle.

Z léků užívá antihypertenziva, perorální antidiabetika, při bolestech užívá Diclofenac. Uvádá, že je o nežádoucích účincích léků informovaná, dodává však: „Doktor mi říkal, že to může mít nějaké špatné účinky, ale já se v tom moc nevyznám. Každý doktor mi říká něco jiného, každý mi dá jiné prášky, tak už v tom mám zmatek“.

Diclofenac užívá při bolestech nad VAS = 5.

Z kompenzačních pomůcek používá 2 francouzské hole pro snížení bolesti a zlepšení chůze.

Respondentka si aktivně vyhledává informace o mírnění bolesti v novinách či v televizi. Pasivně získává informace od lékaře, sestry, rehabilitačních pracovníků z Rehabilitačního ústavu Hrabyně.

Respondentka disponuje těmito informacemi o mírnění bolesti nemocného kyčelního kloubu: Má informace o vhodnosti chůze s berlemi, o abdukčním klínu a nástavci na WC. Při bolestech využívá i aplikaci chladu formou studených obkladů na kyčelní kloub. Je informovaná a poučená o vhodnosti pohybové aktivity, proto 3 x denně cvičí cviky, které ji naučila rehabilitační sestra. Dodává: „To (cvičení) mi moc pomáhá, někdy mám pocit, že už bych se bez toho cvičení neobešla“.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s jejím onemocněním, odpověděla: „Sestra mě objednává na vyšetření a k další kontrole. Na povídání bohužel nemá moc času. Ale když jsem byla v lázních, tak mě naučila (rehabilitační) sestra cvičit a dala mi spoustu rad, které teď využívám“.

Kazuistika respondenta č. 4

Respondent č. 4 je žena ve věku 67 let. Před 3 roky jí byla provedena totální náhrada pravého kyčelního kloubu, nyní se léčí s koxartrózou levého kyčelního kloubu. Respondentka pracovala v zemědělství, jako zahradnice. Bolesti levého kyčelního kloubu má přibližně 1,5 roku, intenzitu hodnotí na VAS pravítku číslem 4,8. Operaci totální náhrady kyčelního kloubu má plánovanou přibližně za půl roku, přesný termín zatím nemá.

Respondentka chodí na procházky, jezdí na kole a 2x denně cvičí lehkou gymnastiku.

Respondentka váží 77 kg, je vysoká 165 cm. Přidružená onemocnění neudává.

Při velkých bolestech, při VAS = 8, užívá Paralen. O nežádoucích účincích léků je informována. Dodává: „Paralen užívám proto, že jsem slyšela, že Brufen škodí žaludku“.

Z kompenzačních pomůcek používá 2 francouzské berle pro zlepšení chůze a zmírnění bolesti. Sedačku na vanu a nástavec na WC z důvodu pohodlnějšího vstávání a zmírnění bolesti při vstávání. Polštář mezi kolena při spaní ke snížení bolesti.

Informace o mírnění bolesti aktivně vyhledává v novinách, časopisech, televizi. Pasivně, ale i aktivně získává informace od lékaře a sestry.

Respondentka disponuje těmito informacemi o mírnění bolesti nemocného kyčelního kloubu: Má informaci o vhodnosti požití abdukčního klínu pro zmírnění bolesti. Používá nástavec na WC a nedávno si pořídila i sedačku na vanu. Ví, že by bylo vhodné snížit svoji hmotnost. Naučila se chodit o berlích a jak se správně ohýbat.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s jejím onemocněním, odpověděla: „Objednává mě na kontroly, na vyšetření“.

Kazuistika respondenta č. 5

Respondent č. 5 je žena ve věku 71 let. Léčí se koxartrózou levého kyčelního kloubu. Povoláním byla prodavačkou v potravinách, kde nosila těžká břemena. Bolesti levého kyčelního kloubu má přibližně 2 roky, intenzitu hodnotí na VAS pravitku číslem 5, 3. Operaci totální náhrady kyčelního kloubu má plánovanou na 2.4.2009.

Respondentka uvedla, že cvičí 2x denně na velkém míči, denně chodí na procházky a občas jezdí na rotopedu.

Respondentka váží 74 kg, je vysoká 163 cm. Jako přídržené onemocnění udává hypofunkci štítné žlázy.

Z léků užívá Euthyrox na štítnou žlázu, při bolestech užívá Aulin, udává, že není informovaná o nežádoucích účincích. Analgetika užívá při bolestech intenzity VAS = 5.

Z kompenzačních pomůcek používá 1 francouzskou hůl (na pravé straně). Na dotaz, proč používá pouze jednu hůl, odpověděla: „, Druhou hůl mám doma, nosím ji jen při chůzi po bytě, když jdu ven a mám třeba kabelku nebo jinou tašku, tak by mi překážela“. Dále používá nástavec na WC, spí na vyvýšeném lůžku, spí v lehu na zádech s mírně rozkročenými dolními končetinami.

Informace o mírnění bolesti vyhledává aktivně z letáků, novin, časopisů. Pasivně získává informace od lékaře a sestry, od dcery, která je zdravotník, od rehabilitační sestry.

Respondentka disponuje těmito informacemi o mírnění bolesti nemocného kyčelního kloubu: Respondentka si je vědoma, že není vhodné velké pokrčení v kyčelním kloubu, proto používá nástavec na WC, sedí na vyšší židli, spí na vyšším lůžku. Před rokem byla v Rehabilitačním ústavu Hrabyně, ke ji informovali a edukovali o vhodném cvičení, jež nyní 2x denně provádí. Snaží se chodit spíše po trávě než po betonu. Dcera jí doporučila chodit ve sportovní obuvi. Ví, že by měla chodit s oběma francouzskými holemi, ale udává, že většinou nosí jen levou. Ví, že pokud chodí jen s jednou francouzskou holí, nosí se tato hůl na té straně, kterou chce odlehčit.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s jejím onemocněním, odpověděla: „Sestra mě objednává na vyšetření, občas mi poradí. V Hrabyni mi sestřičky ukázaly, jak správně používat berle a jak cvičit“.

Kazuistika respondenta č. 6

Respondent č. 6 je žena ve věku 58 let. Léčí se koxartrózou levého kyčelního kloubu. Povoláním byla prodavačka, ve svém zaměstnání nosila často těžká břemena. Bolesti levého kyčelního kloubu má přibližně 2,5 roku, intenzitu hodnotí na VAS pravítku číslem 4,2. Operaci totální náhrady kyčelního kloubu má plánovanou na 16.4.2009.

Respondentka udává, že cvičí každý den protahovací cviky, snaží se co nejvíce chodit na procházky. Přibližně 3x týdně cvičí na přístroji Orbitrek.

Respondentka váží 85 kg, je vysoká 174 cm. Jako přidružené onemocnění uvádí hypertenzi.

Z léků užívá antihypertenziva, při velkých bolestech užívá Ibalgin, při VAS = 6. O jeho nežádoucích účincích je informovaná. Používá i antirevmatické gely.

Z kompenzačních pomůcek používá 2 francouzské hole ke snížení bolesti při chůzi, polštář mezi kolena na spaní ke snížení bolesti.

Respondentka získává informace o mírnění bolesti od lékaře, z letáků, vyhledává si informace na internetu.

Respondent disponuje těmito informacemi o mírnění bolesti nemocného kyčelního kloubu: Respondentka má informace o důležitosti pohybové aktivity, proto cvičí protahovací cviky, chodí na procházky, cvičí na Orbitreku. Je informovaná o chůzi o berlích a vhodnosti snížení hmotnosti k odlehčení kyčelních kloubů. Má vědomosti o abdukčním klínu a úlevové poloze. Při bolestech používá, mimo jiné, i antirevmatické masti nebo gely. Léky (per os) užívá až při velkých bolestech.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s jejím onemocněním, odpověděla: „Objednává mě na vyšetření“.

Kazuistika respondenta č. 7

Respondent č. 7 je muž ve věku 53 let. Léčí se koxartrózou pravého kyčelního kloubu. Povoláním je kuchař a hospodský. Bolesti pravého kyčelního kloubu má přibližně 2 roky, intenzitu hodnotí na VAS pravicí číslem 6,8. Operaci totální náhrady kyčelního kloubu má plánovanou na 26.3.2009.

Jako pohybovou aktivitu respondent uvádí občasnou jízdu na kole a procházky 3x týdně.

Respondent váží 90 kg, je vysoký 178 cm. Přidružená onemocnění neudává.

Při bolestech užívá Coxtral, o jeho nežádoucích účincích je informován. Coxtral užívá při bolesti intenzity na VAS = 6.

Z kompenzačních pomůcek používá hůl, kterou nosí na levé straně, ke zlepšení chůze a snížení bolesti při chůzi. Nosí sportovní obuv pro pohodlnější chůzi.

Informace o mírnění bolesti získává od lékaře a přátel, další informace si aktivně vyhledává na internetu.

Respondent disponuje těmito informacemi o mírnění bolesti nemocného kyčelního kloubu: „Doktor mi poradil, abych si pořídil hůl nebo berle. Tak chodím o holi“. Má informaci o vhodnosti vyššího sedu, pro lepší vstávání, z toho důvodu používá vyšší židli a vyšší lůžko. Při bolestech užívá Coxtral. Má informaci o aplikaci chladu na bolestivý kyčelní kloub, využívá tedy studený obklad nebo Koňskou mast.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s jejím onemocněním, odpověděl: „Objednává mě na vyšetření, ošetřuje mě, asistuje lékaři“.

Kazuistika respondenta č. 8

Respondent č. 8 je žena ve věku 59 let. Před 9 lety jí byla provedena totální náhrada levého kyčelního kloubu, nyní se léčí s koxartrózou pravého kyčelního kloubu. Zaměstnaná byla jako švadlena, nyní je v důchodu. Bolesti levého kyčelního kloubu má přibližně 2,5 roku, intenzitu hodnotí na VAS pravitku číslem 5,5. Operaci totální náhrady kyčelního kloubu má plánovanou na 26.3.2009.

Jako pohybovou aktivitu respondentka uvádí cviky na protažení, cvičení v bazénu, Nordic Walking.

Respondentka váží 60 kg, je vysoká 158 cm. Jako přidružené onemocnění uvádí osteoporózu.

Z léků užívá respondentka Nimesil, Paralen a Diclofenac. O nežádoucích účincích léků je informovaná. Léky užívá při bolesti intenzity na VAS = 5.

Z kompenzačních pomůcek používá nástavec na WC, vyvýšené lůžko a židli pro lepší vstávání, hole pro Nordic Walking pro větší stabilitu při chůzi.

Informace o mírnění bolesti získává od lékaře, přátel. Aktivně si vyhledává informace v letácích, novinách, televizi, na internetu.

Respondentka disponuje těmito informacemi o mírnění bolesti nemocného kyčelního kloubu: Respondentka má informace o úlevové poloze, o vhodnosti pohybové aktivity. Ví, jak správně sedět a ležet, jak si podat něco ze země. Místo kabelky nosí batoh. Na procházky využívá hole pro Nordic Walking.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s jejím onemocněním, odpověděla: „Sestra mě objednává na vyšetření, vždy mi ochotně poradí“.

Kazuistika respondenta č. 9

Respondent č. 9 je muž ve věku 51 let. Léčí se s koxartrózou levého kyčelního kloubu. Povoláním je montér garážových vrat. Bolesti levého kyčelního kloubu má

přibližně 1 rok, intenzitu hodnotí na VAS pravítku číslem 3, 3. Operaci totální náhrady kyčelního kloubu má plánovanou za 6 – 9 měsíců, přesný termín zatím nemá.

Jako pohybovou aktivitu respondent uvádí pouze procházky. Nevěnuje se žádnému sportu. Respondent váží 62 kg, je vysoký 172 cm. Přidružená onemocnění neudává.

Z léků užívá Donu a Ibalgin. O nežádoucích účincích léků je informován. Při velkých bolestech, intenzita na VAS = 7, užívá Ibalgin.

Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

Informace o mírnění bolesti získává od lékaře, v lékárně. Sám si informace vyhledává v letácích.

Respondent disponuje těmito informacemi o mírnění bolesti nemocného kyčelního kloubu: „Slyšel jsem, že pomáhají procházky. Na bolest užívám léky, také používám masti na klouby. Jinak nevím, co bych měl dělat pro snížení bolesti“.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s jejím onemocněním, odpověděl: „Objednává mě na vyšetření. Dává mi recepty“.

Kazuistika respondenta č. 10

Respondent č. 10 je muž ve věku 76 let. Léčí se koxartrózou pravého kyčelního kloubu. Povoláním byl dělník- truhlář. Nyní je ve starobním důchodu. Bolesti pravého kyčelního kloubu má přibližně 4 roky, intenzitu hodnotí na VAS pravítku číslem 6, 6. Operaci totální náhrady kyčelního kloubu má plánovanou na 2.4.2009.

Při dotazu na pohybovou aktivitu respondent uvedl pouze krátké procházky.

Respondent váží 65 kg, je vysoký 170 cm. Jako přidružené onemocnění uvádí hypertenzi.

Z léků užívá antihypertenziva, Diclofenac, Nimesil, Paralen. Při bolestech, při intenzitě na VAS = 8, užívá Nimesil. O nežádoucích účincích léků je informován.

Z kompenzačních pomůcek používá hůl (! na pravé straně), pro zlepšení chůze a snížení bolesti. V noci spí s polštářem mezi kolena, pro snížení bolesti a jako přípravu na pooperační režim. Nyní si shání nástavec na WC, protože ho bude potřebovat po operaci.

Informace o mírnění bolesti získává od lékaře, od rodiny (zdravotníci), od přátel. Dále si vyhledává informace v televizi a v novinách.

Respondent disponuje těmito informacemi o mírnění bolesti nemocného kyčelního kloubu: Bolest mírní především léky, ale udává, že se bolest snaží mírnit i jinými způsoby. Při bolestech aplikuje na nemocný kyčelní kloub masti Alpu nebo Kaštanovou mast. Má informace o vhodnosti používání abdukčního klínu a chůzi s oporou pro snížení bolesti. Je informovaný a poučený o předoperační rehabilitaci, proto se nyní učí chůzi o francouzských holích. Ví, že je pohyb pro jeho nemocný kloub důležitý, a tak v rámci možností chodí na krátké procházky, dodává: „Když to přeženu, tak mě v té kyčli začne tak jako šroubovat a rejpat“. Dcera ho naučila, jak se správně ohýbat. Nyní si shání nástavec na WC.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s jejím onemocněním, odpověděl: „Objednává mě na vyšetření, dává mi recepty“.

4.1.2 Kazuistiky respondentů z druhého rozhovoru

Kazuistika respondenta č. 1

Respondentka č. 1 využila edukaci, edukační materiál i informační brožuru. Používá převážně edukační materiál, informační brožuru si přečetla ze zvědavosti. Uvádí, že se jí edukace moc líbila.

Respondentka byla velmi spokojena s edukací, edukačním materiálem a informační brožurou. Nepostrádala žádné informace. Dodává: „Informace byly jasné, stručné, výstižné. Samozřejmě by se ještě něco najít dalo, ale při spojení s edukací to není potřeba“.

Respondentka vyzkoušela úlevovou polohu, aplikaci tepla i chladu, sprchování, snaží se vyvarovat nevhodným pohybům, používá abdukční klín, provádí pohyby šetřící nemocný a bolestivý kyčelní kloub, používá vhodnou obuv, chodí na procházky a cvičí na velkém míči.

V testu, jaké pohyby by neměla provádět v nemocném kyčelním kloubu, odpověděla: „Přinožení, zevní vytočení kyčle, úhel ohnutí v kyčelním kloubu menší jak 90°, stoj se zkříženýma nohama, sed s nohou přes nohu“. Všechny její odpovědi byly správné.

Intenzita bolesti je u respondentky na VAS= 5,1.

Respondentka uvedla, že jí v oblasti mírnění bolesti nejvíce pomohl rozhovor a edukační materiál.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s onemocněním, co pro ni sestra dělá, odpověděla, že jí sestra poskytuje informace, edukaci, poradí jí. Objednává ji na vyšetření, vede její dokumentaci.

Kazuistika respondenta č. 2

Respondent č. 2 využil edukaci, edukační materiál i informační brožuru. Rozhovor při edukaci v něm vzbudil zvědavost, a proto si přečetl nejen edukační materiál, ale i informační brožuru.

Respondent byl spokojen s edukačním materiálem a informační brožurou, s edukací byl velmi spokojen. Nepostrádal žádné informace.

Respondent vyzkoušel úlevovou polohu, aplikaci tepla, koupele, cvičení ve vodě, snižuje hmotnost, snaží se vyvarovat nevhodným pohybům, pořídil si sedačku na vanu, snaží se provádět pohyby šetřící nemocný a bolestivý kyčelní kloub, používá vhodnou obuv, chodí na vycházky, jezdí na kole a plave.

V testu, jaké pohyby by neměl provádět v nemocném kyčelním kloubu, odpověděl: „Zevní vytočení kyčle, úhel ohnutí v kyčelním kloubu větší jak 90°, sed s nohou přes nohu“. Respondent tedy opověděl špatně na úhel ohnutí v kyčelním kloubu, a zapomněl, že by v nemocném kyčelním kloubu neměl provádět přinožení a stoj se zkříženýma nohama.

Intenzita bolesti je u respondenta na VAS= 3.

Respondent uvedl, že mu v oblasti mírnění bolesti nejvíce pomohl rozhovor.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s onemocněním, co pro něj sestra dělá, odpověděl, že ho sestra objednává na vyšetření a kontroly. V souvislosti s tímto výzkumným šetřením dodává, že s ním sestra probere jeho problémy a poradí mu.

Kazuistika respondenta č. 3

Respondentka č. 3 využila edukaci, edukační materiál i informační brožuru. Vše si přečetla a snaží se podle toho řídit. Udává, že jí moc pomohla edukace, kde ji nejvíce potěšilo zodpovězení jejich konkrétních dotazů.

Respondentka byla spokojena s edukačním materiálem a informační brožurou, s edukací byla velmi spokojen. Nepostrádala žádné informace.

Respondentka vyzkoušela aplikaci tepla i chladu, sprchování, pořídila si batoh na záda, snaží se vyvarovat nevhodným pohybům, na WC nainstalovala nástavec, odstranila malé koberečky v předsíni, na spaní používá abdukční klín, provádí pohyby šetřící nemocný a bolestivý kyčelní kloub, používá vhodnou obuv, chodí na procházky a 3x denně cvičí.

V testu, jaké pohyby by neměla provádět v nemocném kyčelním kloubu, odpověděla: „Přinožení, zevní vytočení kyčle, úhel ohnutí v kyčelním kloubu menší jak 90°, sed s nohou přes nohu“. Tyto její odpovědi byly správné, ale zapomněla, že by neměla v nemocném kyčelním kloubu provádět stoj se zkříženýma nohama.

Intenzita bolesti je u respondenty na VAS= 4.

Respondentka uvedla, že jí v oblasti mírnění bolesti nejvíce pomohl nácvik činností, rozhovor a edukační materiál.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s onemocněním, co pro ni sestra dělá, odpověděla, že jí sestra poskytuje informace, poradí jí, je ochotná, používá milá slova.

Kazuistika respondenta č. 4

Respondentka č. 4 využila edukaci, edukační materiál i informační brožuru. Uvítala rozhovor při edukaci. Z edukačního materiálu a informační brožury si oživila informace, které již slyšela před 3 lety, když byla na operaci TEP pravého kyčelního kloubu.

Respondentka byla velmi spokojena s edukací, edukačním materiálem a informační brožurou. Nepostrádala žádné informace. Dodává: „Podobné informace by byly potřeba častěji, ale chápu, že to není v silách lékařů ani sester, aby si s každým takto povídali“.

Respondentka vyzkoušela aplikaci tepla, sprchování, cvičení ve vodě, snižuje hmotnost, používá tašku s kolečky na nákup, snaží se vyvarovat nevhodným pohybům, používá nástavec na WC, v koupelně má nainstalovaná madla a sedačku na vanu, znovu začala používat abdukční klín, provádí pohyby šetřící nemocný a bolestivý kyčelní kloub, používá vhodnou obuv, při chůzi využívá 2 francouzské hole, cvičí, jezdí na kole, provádí přiměřenou chůzi.

V testu, jaké pohyby by neměla provádět v nemocném kyčelním kloubu, odpověděla: „Zevní vytočení kyčle, vnitřní vytočení kyčle, úhel ohnutí v kyčelním kloubu menší jak 90°, stoj se zkříženýma nohama, sed s nohou přes nohu“. Odpovědi byly převážně správné. Respondentka však zapomněla, že nevhodným pohybem je i přinožení, a že vnitřní vytočení kyčle mezi nevhodné pohyby nepatří.

Intenzita bolesti je u respondentky na VAS= 4,2.

Respondentka uvedla, že jí v oblasti mírnění bolesti pomohl rozhovor a edukační materiál s informační brožurou. Dodává: „Rozhovorem jsem si znovu připomněla mnohé činnosti, které už jsem nedělala a nyní se k nim vracím, protože zjišťuji, že mi přináší úlevu. Díky písemným materiálům si vše budu připomínat“.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s onemocněním, co pro ni sestra dělá, odpověděla, že jí sestra poskytuje informace, probere s ní její dotazy, naučí ji, co potřebuje. Objednává ji na vyšetření.

Kazuistika respondenta č. 5

Respondentka č. 5 využila edukaci, edukační materiál i informační brožuru. Doma si vše přečetla, vyzkoušela, něco využila.

Respondentka byla spokojena s edukací, edukačním materiálem a informační brožurou. Nepostrádala žádné informace.

Respondentka vyzkoušela úlevovou polohu, aplikaci tepla i chladu, nesteroidní antirevmatika v podobě mastí a gelů, koupele, sprchování, cvičení ve vodě, snižuje hmotnost, chodí s batohem, nevhodné pohyby neprovádí, používá nástavec na WC, pořídila si protiskluznou podložku, do sprchového koutu nainstalovala madla, používá abdukční klín, provádí pohyby šetřící nemocný a bolestivý kyčelní kloub, nosí vhodnou obuv, k chůzi využívá 2 francouzské hole, chodí na procházky, jezdí na rotopedu, 2x denně cvičí na velkém míči, cvičí ve vodě.

V testu, jaké pohyby by neměla provádět v nemocném kyčelním kloubu, odpověděla: „Přinožení, vnitřní vytočení kyčle, úhel ohnutí v kyčelním kloubu větší jak 90°, stoj se zkříženýma nohama, sed s nohou přes nohu“. Respondentka chybně uvedla, že by neměla provádět v nemocném kyčelním kloubu vnitřní vytočení kyčle a úhel ohnutí v kyčelním kloubu větší jak 90°. Zbývající odpovědi byla správné.

Intenzita bolesti je u respondentky na VAS= 5,5.

Respondentka uvedla, že jí v oblasti mírnění bolesti nejvíce pomohla informační brožura, rozhovor a nácvik chůze.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s onemocněním, co pro ni sestra dělá, odpověděla, že jí sestra poskytuje informace, učí ji, poradí jí.

Kazuistika respondenta č. 6

Respondentka č. 6 využila edukaci, edukační materiál i informační brožuru. Využila především informační brožuru, protože chtěla více informací. Rozhovor i nácvik činností jí moc pomohl. Chtěla se naučit, co smí, nesmí, co je pro ni vhodné a pomůže jí.

Respondentka byla spokojena edukačním materiálem, velmi spokojena byla s edukací a informační brožurou. Nepostrádala žádné informace. Dodává, že materiály byly vyčerpávající, přesto stručné.

Respondentka vyzkoušela úlevovou polohu, aplikaci tepla i chladu, používá nesteroidní antirevmatika v podobě mastí a gelů, sprchování, cvičení ve vodě, snižuje hmotnost, nosí batoh, nevhodné pohyby neprovádí, do koupelny nainstalovala protiskluznou podložku, používá abdukční klín, provádí pohyby šetřící nemocný

a bolestivý kyčelní kloub, používá vhodnou obuv, chodí se dvěma francouzskými holemi, cvičí na Orbitreku, cvičí v bazénu.

V testu, jaké pohyby by neměla provádět v nemocném kyčelním kloubu, odpověděla: „Přinožení, zevní vytočení kyčle, úhel ohnutí v kyčelním kloubu menší jak 90°, stoj se zkříženýma nohama, sed s nohou přes nohu“. Odpovědi byly správné. Respondentka zapoměla, že by v nemocném kyčelním kloubu neměla provádět stoj se zkříženýma nohama.

Intenzita bolesti je u respondentky na VAS= 4.

Respondentka uvedla, že jí v oblasti mírnění bolesti pomohlo vše - edukační materiál, informační brožura, rozhovor, nácvik. Pozitivně hodnotí informaci, že 1kg snížení hmotnosti sníží zatížení kyčelních kloubů 3 kg.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s onemocněním, co pro ni sestra dělá, odpověděla, že jí sestra poskytuje informace, poradí jí.

Kazuistika respondenta č. 7

Respondent č. 7 využil edukaci, edukační materiál i informační brožuru. Vše si přečetl, neboť ho zajímalo, co pro sebe může udělat.

Respondent byl spokojen s edukačním materiálem a informační brožurou, velmi spokojen byl s edukací. Nepostrádal žádné informace.

Respondent vyzkoušel úlevovou polohu, aplikaci chladu, používá Koňskou mast, koupele, snižuje hmotnost, učí se vyvarovat nevhodným pohybům, používá nástavec na WC a abdukční klín, provádí pohyby šetřící nemocný a bolestivý kyčelní kloub, používá vhodnou obuv, chodí s holí (správně na levé straně), chodí na procházky, cvičí, jezdí na kole.

V testu, jaké pohyby by neměl provádět v nemocném kyčelním kloubu, odpověděl: „Přinožení, zevní vytočení kyčle, úhel ohnutí v kyčelním kloubu menší jak 90°, stoj se zkříženýma nohama, sed s nohou přes nohu“. Všechny jeho odpovědi byly správné.

Intenzita bolesti je u respondenta na VAS= 6,2.

Respondent uvedl, že mu v oblasti mírnění bolesti nejvíce pomohl nácvik činností, rozhovor a edukační materiál s informační brožurou.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s onemocněním, co pro něj sestra dělá, odpověděl, že mu sestra poskytuje informace, objednává ho na kontroly a vyšetření.

Kazuistika respondenta č. 8

Respondentka č. 8 využila edukaci a informační brožuru. Z toho důvodu, že měla potřebu většího množství informací.

Respondentka byla velmi spokojena s edukací, informační brožurou. K edukačnímu materiálu se nebyla schopna vyjádřit. Neuvedla žádnou informaci, kterou by postrádala.

Respondentka vyzkoušela úlevovou polohu, aplikaci tepla, cvičení ve vodě 2x týdně, nosí batoh na zádech, snaží se vyvarovat nevhodným pohybům, používá nástavec na WC a abdukční klín, provádí pohyby šetřící nemocný a bolestivý kyčelní kloub, používá vhodnou obuv, chodí na procházky a cvičí v bazénu, provozuje Nordic Walking, cvičí cviky na protažení.

V testu, jaké pohyby by neměla provádět v nemocném kyčelním kloubu, odpověděla: „Přinožení, zevní vytočení kyčle, vnitřní vytočení kyčle, úhel ohnutí v kyčelním kloubu menší jak 90°, stoj se zkříženýma nohama, sed s nohou přes nohu“. Odpovědi byly většinou správné. Respondentka nesprávně uvedla mezi nevhodné pohyby i vnitřní vytočení kyčle, které provádět smí.

Intenzita bolesti je u respondenty na VAS= 5,3.

Respondentka uvedla, že jí v oblasti mírnění bolesti nejvíce pomohla informační brožura, rozhovor a nácvik činností.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s onemocněním, co pro ni sestra dělá, odpověděla, že jí sestra objednává na vyšetření, poradí jí, poskytuje informace.

Kazuistika respondenta č. 9

Respondent č. 9 využil edukaci, edukační materiál i informační brožuru. Jeho cílem bylo získání informací pro snížení bolesti.

Respondent byl velmi spokojen s edukací, edukačním materiálem a informační brožurou. Nepostrádal žádné informace.

Respondent vyzkoušel úlevovou polohu, aplikaci chladu, nesteroidní antirevmatika v podobě mastí a gelů, sprchování, učí se vyvarovat nevhodným pohybům, provádí pohyby šetřící nemocný a bolestivý kyčelní kloub, používá vhodnou obuv, chodí na procházky.

V testu, jaké pohyby by neměl provádět v nemocném kyčelním kloubu, odpověděl: „Přinožení, unožení, zevní vytočení kyčle, vnitřní vytočení kyčle, úhel ohnutí v kyčelním kloubu menší jak 90°, stoj se zkříženýma nohama, sed s nohou přes nohu“. Všechna odpovědi byla správná. Respondent však nesprávně uvedl, že by v nemocném kyčelním kloubu neměl provádět unožení a vnitřní vytočení kyčle.

Intenzita bolesti je u respondenta na VAS= 2,8.

Respondent uvedl, že mu v oblasti mírnění bolesti nejvíce pomohla informační brožura, rozhovor, edukační materiál i nácvik činností.

Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s onemocněním, co pro něj sestra dělá, odpověděl, že mu sestra poskytuje informace, objednává ho na vyšetření, dává mu recepty.

Kazuistika respondenta č. 10

Respondent č. 10 využil edukaci, edukační materiál i informační brožuru. Za účelem získání více vědomostí a ke snížení bolesti.

Respondent byl spokojen informační brožurou, velmi spokojen s edukací, edukačním materiálem. Nepostrádal žádné informace.

Respondent vyzkoušel úlevovou polohu, aplikaci tepla i chladu, nesteroidní antirevmatika v podobě mastí a gelů, sprchování, snaží se vyvarovat nevhodným pohybům, používá nástavec na WC, do koupelny si nechal nainstalovat madla, odstranil koberečky, do sprchy položil protiskluznou podložku a nainstaloval sedačku do sprchy, používá abdukční klín, provádí pohyby šetřící nemocný a bolestivý kyčelní kloub, používá vhodnou obuv, při chůzi používá hůl (na levé straně), umí chůzi se dvěma francouzskými holemi, chodí na krátké procházky a cvičí.

V testu, jaké pohyby by neměl provádět v nemocném kyčelním kloubu, odpověděl: „Přinožení, zevní vytočení kyčle, úhel ohnutí v kyčelním kloubu menší jak 90°, stoj se zkříženýma nohama, sed s nohou přes nohu“. Všechny jeho odpovědi byly správné.

Intenzita bolesti je u respondenta na VAS= 6,3.

Respondent uvedl, že mu v oblasti mírnění bolesti nejvíce pomohl rozhovor, nácvik činností a edukační materiál.

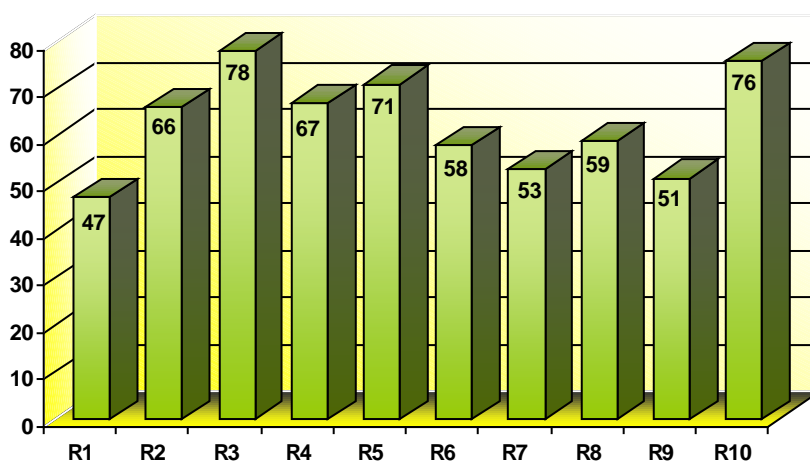
Na dotaz, jak vnímá sestru v souvislosti s onemocněním, co pro něj sestra dělá, odpověděl, že ho sestra objednává ji na vyšetření, dává mu recepty, poskytuje mu informace a radí.

4.2 Data z rozhovorů v tabulkách a grafech

Na základě kazuistik byly sestaveny tabulky a grafy, které sumarizují nejdůležitější výsledky výzkumu.

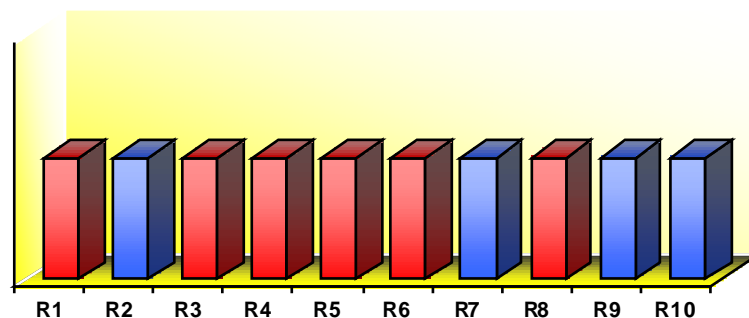
4.2.1 Data z prvních rozhovorů v tabulkách a grafech

Graf 1 Věk respondentů



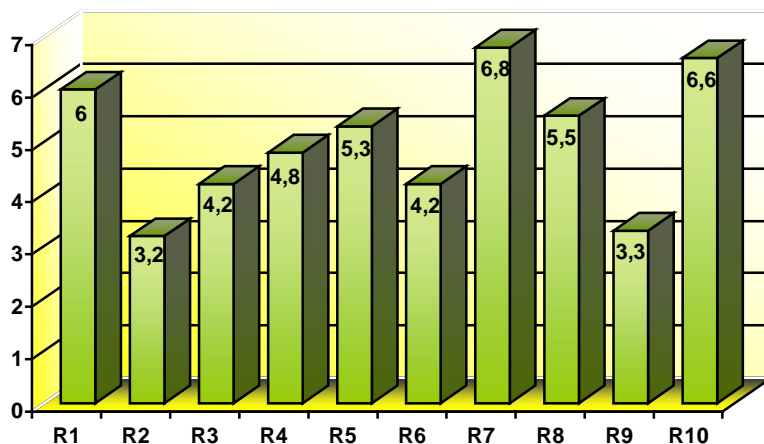
Graf znázorňuje věk jednotlivých respondentů. R1 47 let, R2 66 let, R3 78 let, R4 67 let, R5 71 let, R6 58 let, R7 53 let, R8 59 let, R9 51 let, R10 76 let.

Graf 2 Pohlaví respondentů



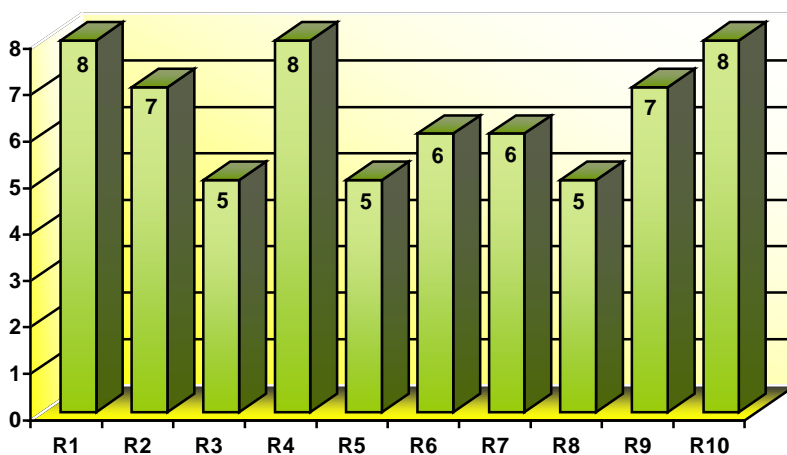
Graf znázorňuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 10 respondentů je 6 respondentů (R1, R3, R4, R5, R6, R8) ženského pohlaví a 4 respondenti (R2, R7, R9, R10) jsou pohlaví mužského.

Graf 3 Intenzita bolesti u respondentů před edukací



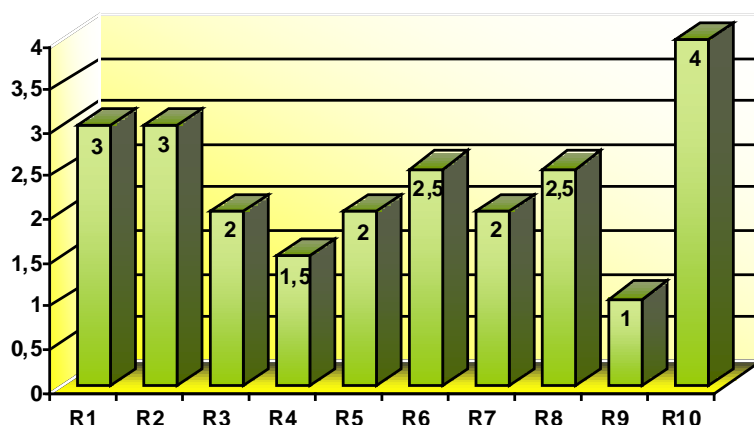
Graf znázorňuje intenzitu bolesti u respondentů před edukací, která byla označena na VAS pravitku hodnotami R1 6, R2 3,2, R3 4,2, R4 4,8, R5 5,3, R6 4,2, R7 6,8, R8 5,5, R9 3,3, R10 6,6.

Graf 4 Intenzita bolesti při které užívají respondenti léky ke zmírnění bolesti



Graf znázorňuje intenzitu bolesti při jejímž dosažení užijí respondenti léky proti bolesti. 3 respondenti (R1, R4, R10) užijí léky proti bolesti při intenzitě bolesti na VAS pravitku 8, 2 respondenti (R2, R9) užijí léky proti bolesti při intenzitě bolesti na VAS pravitku 7, 2 respondenti (R6, R7) užijí léky proti bolesti při intenzitě bolesti na VAS pravitku 6, 3 respondenti (R3, R5, R8) užijí léky proti bolesti při intenzitě bolesti na VAS pravitku 5.

Graf 5 Délka trvání bolesti u respondentů



Graf znázorňuje délku trvání bolesti v kyčelním kloubu u jednotlivých respondentů. 3 respondenti (R3, R5, R7) udali délku trvání bolestí v kyčelním kloubu 2 roky, 2 respondenti (R1, R2) udali délku trvání bolestí v kyčelním kloubu 3 roky, 2 respondenti (R6, R8) udali délku trvání bolestí v kyčelním kloubu 2,5 roku, 1 respondent (R4) udal délku trvání bolestí v kyčelním kloubu 1,5 roku, 1 respondent (R9) udal délku trvání bolestí v kyčelním kloubu 1 rok, 1 respondent (R10) udal délku trvání bolestí v kyčelním kloubu 4 roky.

Tabulka 1 Výška a hmotnost respondentů

R = respondent, pacient	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Výška [cm]	162	175	160	165	163	174	178	158	172	170
Hmotnost [kg]	56	108	70	77	74	85	90	60	62	65
Doporučená hmotnost pro TEP *	68	82	66	71	69	81	85	62	79	77

* dle váhové tabulky pro plánovanou operaci náhrady kyčelního kloubu - viz. Příloha 12

Tabulka informuje o výšce a hmotnosti jednotlivých respondentů, dále udává doporučenou hmotnost pro plánovanou operaci TEP kyčelního kloubu. Výška a hmotnost se pohybují u jednotlivých respondentů v hodnotách R1 162 cm a 56 kg, R2 175 cm a 108 kg, R3 160 cm a 70 kg, R4 165 cm a 77 kg, R5 163 cm a 74 kg, R6 174 cm a 85 kg, R7 178 cm a 90 kg, R8 158 cm a 60 kg, R9 172 cm a 62 kg, R10 170 cm a 65 kg. Doporučená hmotnost pro TEP kyčelního kloubu (Příloha 12) je u jednotlivých respondentů R1 68 kg, R2 82 kg, R3 66 kg, R4 71 kg, R5 69 kg, R6 81 kg, R7 85 kg, R8 62 kg, R9 79 kg, R10 77 kg.

Tabulka 2 Léky užívané respondenty ke zmírnění bolesti

R = respondent, pacient	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Ibalgin	4	1	1				1			1	
Paralen	3				1				1		1
Diclofenac	3			1					1		1
Nimesil	2								1		1
Aulin	1					1					
Coxtral	1							1			
Dona	1									1	

Tabulka demonstruje, jaké léky užívají respondenti ke zmírnění bolesti. 4 respondenti (*R1, R2, R6, R9*) užívají ke zmírnění bolesti Ibalgin, 3 respondenti (*R4, R8, R10*) užívají ke zmírnění bolesti Paralen, 3 respondenti (*R3, R8, R10*) užívají ke zmírnění bolesti Diclofenac, 2 respondenti (*R8, R10*) užívají ke zmírnění bolesti Nimesil, 1 respondent (*R5*) užívá ke zmírnění bolesti Aulin, 1 respondent (*R7*) Coxtral a 1 respondent (*R9*) užívá ke zmírnění bolesti Donu.

Tabulka 3 Termín operace TEP kyčelního kloubu u respondentů

R = respondent, pacient	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Do 3 měsíců	5					1	1	1	1		1
Za 3 měsíce	1			1							
Za 6 měsíců	2		1		1						
Za 6-9 měsíců	1									1	
Zatím nemá	1	1									

Tabulka informuje o termínu plánované operace TEP kyčelního kloubu u jednotlivých respondentů. 5 respondentů (*R5, R6, R7, R8, R10*) čeká operaci TEP kyčelního kloubu do 3 měsíců, 2 respondenti (*R2, R4*) čekají operaci TEP kyčelního kloubu za 6 měsíců, 1 respondent (*R3*) čeká operaci TEP kyčelního kloubu za 3 měsíce, 1 respondent (*R9*) čeká operaci TEP kyčelního kloubu za 6-9 měsíců, 1 respondent (*R1*) termín operace TEP kyčelního kloubu zatím nemá.

Tabulka 4 Způsob vyhledávání informací respondenty o mírnění bolesti

R = respondent, pacient	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Lékař	9		1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sestra	4		1	1	1	1					
Rehabilitační pracovník	2			1		1					
Příbuzný zdravotník	2					1					1
Sám respondent	1	1									
Přátelé	4	1						1	1		1
Z lékárny	1									1	
Letáky	4					1	1		1	1	
Časopisy	3	1			1	1					
Noviny	5			1	1	1			1		1
Internet	4	1					1	1	1		
Televize	5	1		1	1				1		1

Tabulka znázorňuje způsob vyhledávání informací jednotlivými respondenty v oblasti mírnění bolesti. 9 respondentů (*R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10*) získává informace od lékaře, 5 respondentů (*R3, R4, R5, R8, R10*) získává informace z novin, 5 respondentů (*R1, R3, R4, R8, R10*) získává informace z televize, 4 respondenti (*R2, R3, R4, R5*) získávají informace od sestry, 4 respondenti (*R1, R7, R8, R10*) získávají informace od přátel, 4 respondenti (*R5, R6, R8, R9*) získávají informace z letáků, 4 respondenti (*R1, R6, R7, R8*) získávají informace z internetu, 3 respondenti (*R1, R4, R5*) získávají informace z časopisů, 2 respondenti (*R3, R5*) získávají informace od rehabilitačního pracovníka, 2 respondenti (*R5*) získávají informace od příbuzného zdravotníka, 1 respondent (*R1*) získává informace sám od sebe, 1 respondent (*R9*) získává informace z lékárny.

Tabulka 5 Informovanost respondentů v oblasti mírnění bolesti

R = respondent, pacient	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Nežádoucí účinky léků	9	1	1	1	1		1	1	1	1	1
Masti, gely	5	1					1	1		1	1
Aplikace tepla	1	1									
Aplikace chladu	3	1		1				1			
Vhodná hmotnost	4	1	1		1		1				
Hůl	2							1			1*
1 francouzská hůl	1					1					
2 francouzské hole	4				1	1	1				1
Vyvýšená židle	4	1				1		1	1		
Vyvýšené lůžko	4	1				1		1	1		
Nástavec na WC	5			1	1	1			1		1
Sedačka na vanu	1				1						
Abdukční klín, polštář	5	1		1	1		1				1
Vhodné polohy	3					1	1		1		
Správné pohyby	4	1			1				1		1
Vhodná obuv	2					1		1			
Sport, pohybová aktivita	8	1	1*	1	1	1	1	1	1		
Chůze, procházky	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Chůze po trávě	2			1		1					
Batoh	1								1		

* R2 má potřebu dalších informací

* R10 nosí hůl na opačné straně

Tabulka demonstruje informovanost jednotlivých respondentů v oblasti mírnění bolesti. 10 respondentů (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) disponuje informacemi o vhodnosti chůze a procházek, 9 respondentů (R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9, R10) má informace o nežádoucích účincích léků, 8 respondentů (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8) je informováno o sportu a pohybové aktivitě, 5 respondentů (R1, R6, R7, R9, R10) je informováno o použití mastí a gelů, 5 respondentů (R3, R4, R5, R8, R10) je informováno o používání nástavce na WC, 5 respondentů (R1, R3, R4, R6, R10) má informace o používání abdukčního klínu, 4 respondenti (R1, R2, R4, R6) jsou informováni o vhodné hmotnosti, 4 respondenti (R4, R5, R6, R10) mají informaci o chůzi se dvěma francouzskými holemi, 4 respondenti (R1, R5, R7, R8) jsou informováni o sedu na vyvýšené židli, 4 respondenti (R1, R5, R7, R8) jsou informováni o lehu na vyvýšeném lůžku, 4 respondenti (R1, R4, R8, R10) disponují informacemi o provádění správných pohybů, 3 respondenti (R1, R3, R7) mají informace o aplikaci

chladu, 3 respondenti (*R5, R6, R8*) mají informace o provádění vhodných poloh pro kyčelní kloub, 2 respondenti (*R7, R10*) jsou informováni o používání hole při chůzi, 2 respondenti (*R5, R7*) mají informaci o používání vhodné obuvi při chůzi, 2 respondenti (*R3, R5*) mají informaci o vhodnosti chůzi po trávě, 1 respondent (*R1*) má informace o aplikaci tepla, 1 respondent (*R5*) má informace o používání jedné francouzské hole při chůzi, 1 respondent (*R4*) je informován o používání sedačky na vanu, 1 respondent (*R8*) má informaci o používání batohu na záda při nošení nákupů. Během prvního rozhovoru bylo zjištěno, že 1 respondent (*R10*) nosí hůl na opačné straně, 1 respondent (*R2*) vyslovil potřebu dalších informací v oblasti sportu a pohybové aktivity.

Tabulka 6 Prostředky a pomůcky k mírnění bolesti využívané respondenty před edukací

R = respondent, pacient	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Masti, gely	4	1					1	1		1	
Aplikace tepla	1	1									
Aplikace chladu	3	1		1				1			
Snižuje hmotnost	2		1				1				
Hůl	2							1			1 *
1 francouzská hůl	1					1					
2 francouzské hole	5			1	1	1	1				1
Vyvýšená židle	3	1						1	1		
Vyvýšené lůžko	4	1				1		1	1		
Nástavec na WC	4				1	1			1		1
Sedačka na vanu	1				1						
Abdukční klín, polštář	5	1			1	1	1				1
Vhodné polohy	3					1	1		1		
Správné pohyby	3				1				1		1
Vhodná obuv	2					1		1			
Vhodný sport	7		1	1	1	1	1	1	1		
Chůze, procházky	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Chůze po trávě	4		1	1		1			1		
Batoh	1								1		

* R10 nosí hůl na opačné straně

Tabulka informuje o prostředcích a pomůckách, které respondenti využívali v období před edukací. 10 respondentů (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) využívalo k mírnění bolesti chůzi a procházky, 7 respondentů (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8) využívalo k mírnění bolesti vhodný sport, 5 respondentů (R3, R4, R5, R6, R10) používalo k mírnění bolesti chůzi se dvěma francouzskými holemi, 5 respondentů (R1, R4, R5, R6, R10) používalo k mírnění bolesti abdukční klín nebo polštář, 4 respondenti (R1, R6, R7, R9) využívali k mírnění bolesti masti a gely, 4 respondenti (R1, R5, R7, R8) využívali k mírnění bolesti vyvýšené lůžko, 4 respondenti (R4, R5, R8, R10) používali k mírnění bolesti nástavec na WC, 4 respondenti (R2, R3, R5, R8) využívali k mírnění bolesti chůzi po trávě, 3 respondenti (R1, R3, R7) využívali k mírnění bolesti aplikaci chladu, 3 respondenti (R1, R7, R8) využívali k mírnění bolesti vyvýšenou židli, 3 respondenti (R5, R6, R8) používali k mírnění bolesti vhodné polohy, 3 respondenti (R4, R8, R10) používali k mírnění bolesti správné pohyby, 2 respondenti (R2, R6) využívali k mírnění bolesti snižování hmotnosti, 2 respondenti (R7, R10) využívali

k mírnění bolesti chůzi s holí, 2 respondenti (*R5*, *R7*) používali k mírnění bolesti při chůzi vhodnou obuv, 1 respondent (*R1*) využíval k mírnění bolesti aplikaci tepla, 1 respondent (*R5*) využíval k mírnění bolesti chůzi s jednou francouzskou holí, 1 respondent (*R4*) využíval k mírnění bolesti při hygieně sedačku na vanu, 1 respondent (*R8*) používal k mírnění bolesti batoh na záda. Během prvního rozhovoru bylo zjištěno, že 1 respondent (*R10*) nosí hůl na opačné straně.

Tabulka 7 Postoj respondentů k pohybové aktivitě před edukací

R = respondent, pacient	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Chůze, procházky	9	1	1	1	1	1	1	1		1	1
Cvičení	3			1	1		1		1		
Cvičení v bazénu	1								1		
Nordic Walking	1								1		
Jízda na kole, rotopedu	4		1		1	1		1			
Přístroj Orbitrek	1						1				
Cvičení na velkém míči	1					1					

Tabulka informuje o postoji respondentů k pohybové aktivitě před edukací. 9 respondentů (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9, R10) vykonávalo v období před edukací chůzi a procházky, 4 respondenti (R2, R4, R5, R7) vykonávali jízdu na kole nebo rotopedu, 3 respondenti (R3, R4, R6) prováděli cvičení, 1 respondent (R8) prováděl cvičení v bazénu, 1 respondent (R8) prováděl chůzi Nordic Walking, 1 respondent (R6) vykonával cvičení na přístroji Orbitrek, 1 respondent (R5) prováděl cvičení na velkém míči.

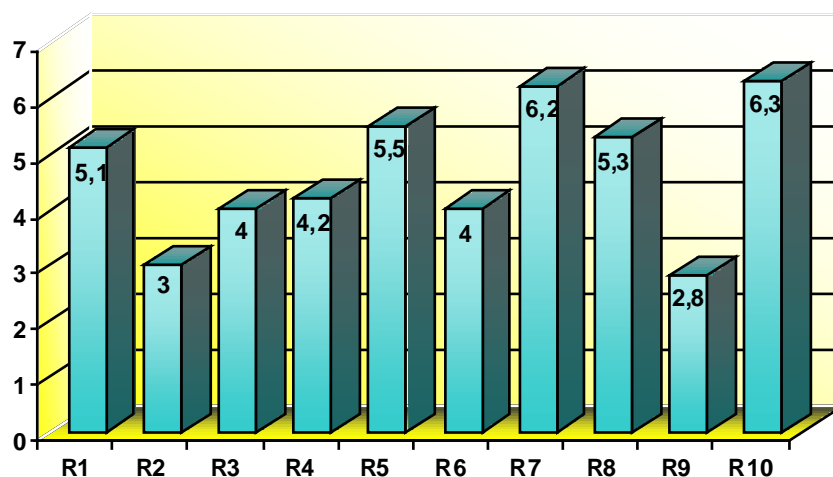
Tabulka 8 Role sestry z pohledu respondentů před edukací

R = respondent, pacient	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Podává informace	3	1				1			1		
Asistuje lékaři	2	1						1			
Objednává na vyšetření, kontroly	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vede dokumentaci	1	1									
Popovídá si (komunikuje)	1	1									
Ošetřuje	1							1			
Dává recepty	2									1	1

Tabulka demonstruje pohled respondentů na roli sestry v období před edukací. 10 respondentů (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) uvedlo, že je sestra objednána na vyšetření a kontroly, 3 respondenti (R1, R5, R8) vidí sestru, jako poskytovatelku informací, 2 respondenti (R1, R7) vidí sestru, jako asistentku lékaře, 2 respondenti (R9, R10) uvedli, že jim sestra dává recepty, 1 respondent (R1) uvedl, že sestra vede dokumentaci, 1 respondent (R1) uvedl, že si s ní sestra povídá, 1 respondent (R7) vidí sestru, jako ošetřovatelku.

4.2.2 Data z druhých rozhovorů v tabulkách a grafech

Graf 6 Intenzita bolesti u respondentů po edukaci



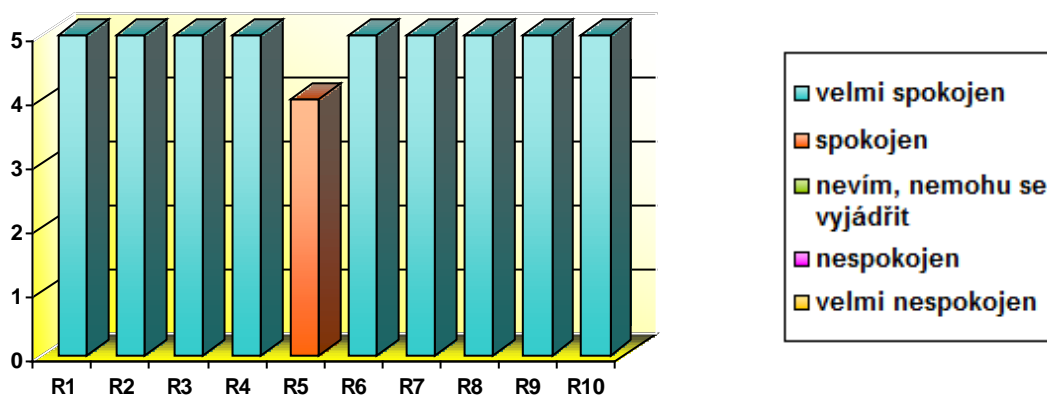
Graf znázorňuje intenzitu bolesti u respondentů před edukací, která byla označena na VAS pravitku hodnotami R1 5,1, R2 3, R3 4, R4 4,2, R5 5,5, R6 4, R7 6,2, R8 5,3, R9 2,8, R10 6,3.

Tabulka 9 Využití edukačního procesu respondenty

R = respondent, pacient	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Edukace	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Edukační materiál	9	1	1	1	1	1	1	1		1	1
Informační brožura	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

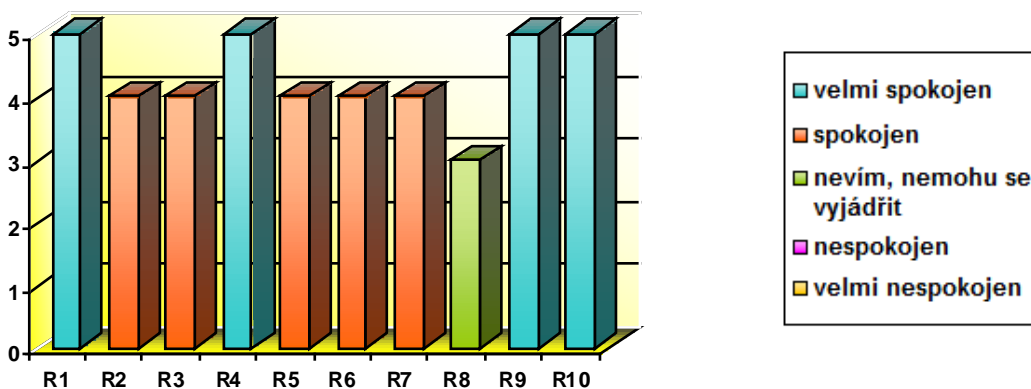
Tabulka informuje o jednotlivých zdrojích z edukačního procesu, které respondenti využili k získání informací. 10 respondentů (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) využilo k získání informací edukaci, 10 respondentů (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) využilo k získání informací informační brožuru, 9 respondentů (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9, R10) využilo k získání informací edukační materiál.

Graf 7 Míra spokojenosti respondentů s edukací



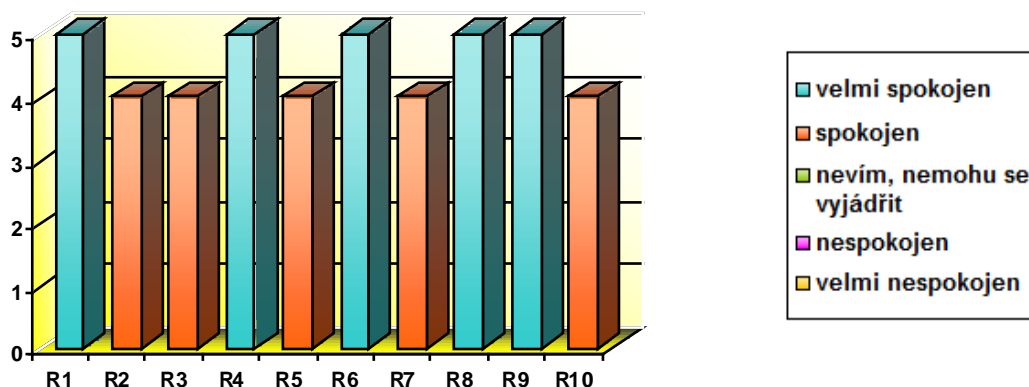
Graf znázorňuje míru spokojenosti respondentů s edukací. 9 respondentů (*R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9, R10*) bylo s edukací velmi spokojeno, 1 respondent (*R5*) byl s edukací spokojen, žádný respondent neodpověděl nevím, nemohu se k edukaci vyjádřit, žádný respondent neodpověděl, že byl s edukací nespokojen, žádný respondent neodpověděl, že byl s edukací velmi nespokojen.

Graf 8 Míra spokojenosti respondentů s edukačním materiálem



Graf znázorňuje míru spokojenosti respondentů s edukací. 5 respondentů (*R2, R3, R5, R6, R7*) bylo s edukačním materiálem spokojeno, 4 respondenti (*R1, R4, R9, R10*) byli s edukačním materiálem velmi spokojeni, 1 respondent (*R8*) neví, nebyl schopen se k edukačnímu matriálu vyjádřit, žádný respondent neodpověděl, že byl s edukačním materiálem nespokojen, žádný respondent neodpověděl, že byl s edukačním materiálem velmi nespokojen.

Graf 9 Míra spokojenosti respondentů s informační brožurou



Graf znázorňuje míru spokojenosti respondentů s edukací. 5 respondentů (*R1, R4, R6, R8, R9*) bylo s informační brožurou velmi spokojeno, 5 respondentů (*R2, R3, R5, R7, R10*) bylo s informační brožurou spokojeno, žádný respondent neodpověděl nevím, nemohu se k informační brožuře vyjádřit, žádný respondent neodpověděl, že byl s informační brožurou nespokojen, žádný respondent neodpověděl, že byl s informační brožurou velmi nespokojen.

Tabulka 10 Nejužitečnější zdroj informací o mírnění bolesti z pohledu respondentů

R = respondent, pacient	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Rozhovor sestry s pacienty	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nácvik činností	7			1		1	1	1	1	1	1
Edukační materiál	7	1		1	1		1	1		1	1
Informační brožura	6				1	1	1	1	1	1	

Tabulka demonstruje nejužitečnější zdroj informací o mírnění bolesti z pohledu respondentů. 10 respondentů (*R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10*) ohodnotilo jako nejužitečnější zdroj informací o mírnění bolesti rozhovor sestry s pacienty, 7 respondentů (*R3, R5, R6, R7, R8, R9, R10*) ohodnotilo jako nejužitečnější zdroj informací o mírnění bolesti nácvik činností, 7 respondentů (*R1, R3, R4, R6, R7, R9, R10*) ohodnotilo jako nejužitečnější zdroj informací o mírnění bolesti edukační materiál, 6 respondentů (*R4, R5, R6, R7, R8, R9*) ohodnotilo jako nejužitečnější zdroj informací o mírnění bolesti informační brožuru.

Tabulka 11 Prostředky a pomůcky k mírnění bolesti využívané respondenty po edukaci

R = respondent, pacient	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Úlevová poloha	8	1	1			1	1	1	1	1	1
Aplikace tepla	8	1	1	1	1	1	1		1		1
Aplikace chladu	7	1		1		1	1	1		1	1
Masti, gely	5					1	1	1		1	1
Sprchování	7	1		1	1	1	1			1	1
Koupele	3		1			1		1			
Cvičení ve vodě	4		1		1	1			1		
Snižování hmotnosti	5		1		1	1	1	1			
Batoh	4			1		1	1		1		
Taška s kolečky	1				1						
Vyvarování se nevhodných pohybů	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nástavec na WC	6			1	1	1		1	1		1
Madla	3				1	1					1
Sedačka na vanu, do sprchy	3		1		1						1
Odstranění koberečků	2			1							1
Protiskluzová podložka	3					1	1				1
Abdukční klín, polštář	8	1		1	1	1	1	1	1		1
Pohyby šetřící nemocný kyčelní kloub	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vhodná obuv	9	1	1		1	1	1	1	1	1	1
2 francouzské hole	5			1	1	1	1				1
Hůl	2							1			1
Pohybová aktivita	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tabulka demonstruje, jaké prostředky a pomůcky k mírnění bolesti využívali respondenti v období po edukaci. 10 respondentů (*R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10*) využívalo k mírnění bolesti vyvarování se nevhodných pohybů, 10 respondentů (*R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10*) využívalo pohyby šetřící nemocný kyčelní kloub, 10 respondentů (*R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10*) využívalo k mírnění bolesti pohybovou aktivitu, 9 respondentů (*R1, R2, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10*) používalo k mírnění bolesti vhodnou obuv, 8 respondentů (*R1, R2, R5, R6, R7, R8, R9, R10*) využívalo k mírnění bolesti úlevovou polohu, 8 respondentů (*R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8, R10*) používalo k mírnění bolesti aplikaci tepla, 8 respondentů (*R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R10*) využívalo k mírnění bolesti abdukční klín nebo polštář, 7 respondentů (*R1, R3, R5, R6, R7, R9, R10*) používalo k mírnění bolesti aplikaci chladu, 7 respondentů (*R1, R3, R4, R5, R6, R9, R10*) využívalo k mírnění bolesti sprchování, 6 respondentů (*R3, R4, R5, R7, R8, R10*) používalo k mírnění bolesti nástavec na WC,

5 respondentů (*R5, R6, R7, R9, R10*) používalo k mírnění bolesti masti a gely, 5 respondentů (*R2, R4, R5, R6, R7*) využívalo k mírnění bolesti snižování hmotnosti, 5 respondentů (*R3, R4, R5, R6, R10*) používalo k mírnění bolesti chůzi se dvěma francouzskými holemi, 4 respondenti (*R2, R4, R5, R8*) využívali k mírnění bolesti cvičení ve vodě, 4 respondenti (*R3, R5, R6, R8*) využívali k mírnění bolesti batoh na záda, 3 respondenti (*R2, R5, R7*) využívali k mírnění bolesti koupele, 3 respondenti (*R4, R5, R10*) využívali k mírnění bolesti madla, 3 respondenti (*R2, R4, R10*) využívali k mírnění bolesti sedačku na vanu nebo do sprchy, 3 respondenti (*R5, R6, R10*) využívali protiskluzovou podložku, 2 respondenti (*R3, R10*) odstranili v bytě koberečky, 2 respondenti (*R7, R10*) používají ke zmírnění bolesti chůzi s holí, 1 respondent (*R4*) používá při nákupu tašku s kolečky.

Tabulka 12 Postoj respondentů k pohybové aktivitě po edukaci

R = respondent, pacient	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Chůze, procházky	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cvičení	5			1	1			1	1		1
Cvičení v bazénu	3					1	1		1		
Nordic Walking	1								1		
Jízda na kole, rotopedu	4		1		1	1		1			
Přístroj Orbitrek	1						1				
Cvičení na velkém míči	2	1				1					
Plavání	1		1								

Tabulka informuje o postoji respondentů k pohybové aktivitě v období po edukaci. 10 respondentů (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) vykonávalo chůzi a procházky, 5 respondentů (R3, R4, R7, R8, R10) provádělo cvičení, 4 respondenti (R2, R4, R5, R7) vykonávali jízdu na kole nebo rotopedu, 3 respondenti (R5, R6, R8) cvičili v bazénu, 2 respondenti (R1, R5) prováděli cvičení na velkém míči, 1 respondent (R8) prováděl chůzi Nordic Walking, 1 respondent (R6) cvičil na přístroji Orbitrek, 1 respondent (R2) plaval.

Tabulka 13 Role sestry z pohledu respondentů po edukaci

R = respondent, pacient	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Podává informace	9	1		1	1	1	1	1	1	1	1
Objednává na vyšetření, kontroly	7	1	1		1			1	1	1	1
Vede dokumentaci	1	1									
Dává recepty	2									1	1
Poradí	8	1	1	1	1	1	1		1		1
Učí	3	1			1	1					

Tabulka demonstruje pohled respondentů na roli sestry po edukaci. 9 respondentů (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) vidí sestru, jako poskytovatelku informací, 8 respondentů (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8, R10) odpovědělo, že jim sestra poradí, 7 respondentů (R1, R2, R4, R7, R8, R9, R10) uvedlo, že je sestra objednává na vyšetření a kontroly, 3 respondenti (R1, R4, R5) uvedli, že je sestra učí, 2 respondenti (R9, R10) uvedli, že jim sestra dává recepty, 1 respondent (R1) odpověděl, že sestra vede dokumentaci.

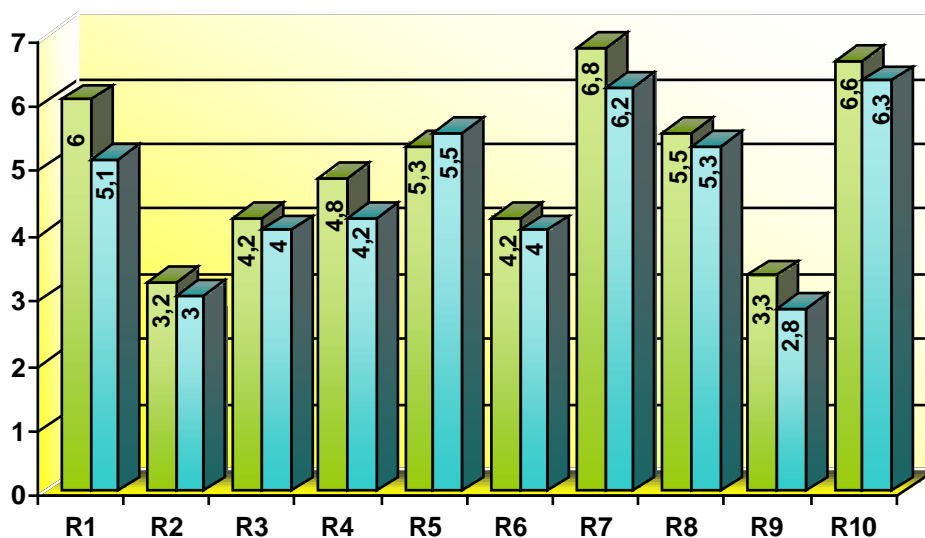
Tabulka 14 Znalosti respondentů o provádění nevhodných pohybů v kyčelním kloubu

R = respondent, pacient	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Přinožení	8	1		1		1	1	1	1	1	1
Unožení	1									1	
Zevní vytočení kyčle	9	1	1	1	1		1	1	1	1	1
Vnitřní vytočení kyčle	4				1	1			1	1	
Úhel ohnutí větší jak 90°	2		1			1					
Úhel ohnutí menší jak 90°	8	1		1	1		1	1	1	1	1
Stoj se zkříženýma nohama	7	1			1	1		1	1	1	1
Sed s nohou přes nohu	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tabulka popisuje znalosti respondentů o provádění nevhodných pohybů v kyčelním kloubu. 10 respondentů (*R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10*) uvedlo sed s nohou přes nohu, jako nevhodný pohyb v kyčelním kloubu, 9 respondentů (*R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9, R10*) odpovědělo, že nevhodný pohyb v kyčelním kloubu je zevní vytočení kyčle, 8 respondentů uvedlo přinožení, jako nevhodný pohyb v kyčelním kloubu, 8 respondentů (*R1, R3, R4, R6, R7, R8, R9, R10*) odpovědělo, že nevhodný pohyb v kyčelním kloubu je úhel ohnutí menší jak 90°, 7 respondentů (*R1, R4, R5, R7, R8, R9, R10*) odpovědělo, že nevhodný pohyb v kyčelním kloubu je stoj se zkříženýma nohama, 4 respondenti (*R4, R5, R8, R9*) odpověděli, že nevhodný pohyb v kyčelním kloubu je vnitřní vytočení kyčle, 2 respondenti (*R2, R5*) uvedli úhel ohnutí větší jak 90°, jako nevhodný pohyb v kyčelním kloubu, 1 respondent (*R9*) odpověděl, že nevhodný pohyb v kyčelním kloubu je unožení.

4.2.3 Srovnání dat z prvních a druhých rozhovorů v tabulkách a grafech

Graf 10 Srovnání intenzity bolesti před a po edukaci



Graf znázorňuje intenzitu bolesti u respondentů před edukací (Graf 3) a intenzitu bolesti u respondentů po edukaci (Graf 5). Intenzita bolesti před edukací byla označena na VAS pravítku hodnotami R1 6, R2 3,2, R3 4,2, R4 4,8, R5 5,3, R6 4,2, R7 6,8, R8 5,5, R9 3,3, R10 6,6. Intenzita bolesti po edukaci byla označena na VAS pravítku hodnotami R1 5,1, R2 3, R3 4, R4 4,2, R5 5,5, R6 4, R7 6,2, R8 5,3, R9 2,8, R10 6,3. 9 respondentů (R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9, R10) udalo po edukaci nižší intenzitu bolesti než před edukací. 1 respondent (R5) udal po edukaci vyšší intenzitu bolesti než před edukací.

Tabulka 15 Respondenty využívané prostředky a pomůcky k mírnění bolesti následkem edukace

R = respondent, pacient	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Úlevová poloha	8	1	1			1	1	1	1	1	1
Aplikace tepla	7		1	1	1	1	1		1		1
Aplikace chladu	4					1	1			1	1
Masti, gely	2					1					1
Sprchování	7	1		1	1	1	1			1	1
Koupele	3		1			1		1			
Cvičení ve vodě	4		1		1	1			1		
Snižování hmotnosti	3				1	1		1			
Batoh	3			1		1	1				
Taška s kolečky	1				1						
Vyvarování se nevhodných pohybů	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nástavec na WC	2			1				1			
Madla	3				1	1					1
Sedačka na vanu, do sprchy	2		1								1
Odstranění koberečků	2			1							1
Protiskluzová podložka	3					1	1				1
Abdukční klín	3			1				1	1		
Pohyby šetřící nemocný kyčelní kloub	7	1	1	1		1	1	1		1	
Vhodná obuv	7	1	1		1		1		1	1	1

* R10 nosí hůl na správné straně

Tabulka srovnává prostředky a pomůcky k mírnění bolesti využívané respondenty před edukací (Tabulka 6) s prostředky a pomůckami k mírnění bolesti využívané respondenty po edukaci (Tabulka 11), znázorňuje změnu, ve využívání prostředků a pomůcek k mírnění bolesti, která nastala u respondentů následkem edukace. Díky edukaci používá 10 respondentů (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) k mírnění bolesti vyvarování se nevhodných pohybů, 8 respondentů (R1, R2, R5, R6, R7, R8, R9, R10) využívá úlevovou polohu, 7 respondentů (R2, R3, R4, R5, R6, R8, R10) používá aplikaci tepla, 7 respondentů (R1, R3, R4, R5, R6, R9, R10) využívá k mírnění bolesti sprchování, 7 respondentů (R1, R2, R3, R5, R6, R7, R9) provádí pohyby šetřící nemocný kyčelní kloub, 7 respondentů (R1, R2, R4, R6, R8, R9, R10) používá vhodnou obuv, 4 respondenti (R5, R6, R9, R10) využívají ke zmírnění bolesti aplikaci chladu, 4 respondenti (R2, R4, R5, R8) provádí cvičení ve vodě, 3 respondenti (R2, R5, R7) využívají pro zmírnění bolesti koupele, 3 respondenti (R4, R5, R7) začali pracovat na snižování hmotnosti, 3 respondenti (R3, R5, R6) začalo nosit batoh na zádech,

3 respondenti (*R4, R5, R10*) nainstalovali a začali používat madla, 3 respondenti (*R5, R6, R10*) položili na podlahu protiskluzovou podložku, 3 respondenti (*R3, R7, R8*) začali používat abdukční klín, 2 respondenti (*R5, R10*) začali používat pro zmírnění bolesti masti a gely, 2 respondenti (*R3, R7*) začali používat nástavec na WC, 2 respondenti (*R2, R10*) nainstalovali a začali používat sedačku na vanu nebo do sprchy, 2 respondenti (*R3, R10*) odstranili v bytě koberečky, 1 respondent (*R4*) začal používat při nákupu tašku s kolečky.

Tabulka 16 Změna v postoji respondentů k pohybové aktivitě po edukaci

R = respondent, pacient	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Chůze, procházky	1								1		
Cvičení	2							1			1
Cvičení v bazénu	2					1	1				
Cvičení na velkém míči	1	1									
Plavání	1		1								

Tabulka srovnává postoj respondentů k pohybové aktivitě před edukací (Tabulka 7) s postojem respondentů k pohybové aktivitě po edukaci (Tabulka 12), znázorňuje změnu, v postoji respondentů k pohybové aktivitě, která nastala u respondentů následkem edukace. Díky edukaci začali 2 respondenti (R7, R10) cvičit, 2 respondenti (R5, R6) začali cvičit v bazénu, 1 respondent (R8) zařadil do své pohybové aktivity chůzi a procházky, 1 respondent (R1) začal cvičit na velkém míči, 1 respondent (R2) začal plavat.

Tabulka 17 Změna pohledu respondentů na roli sestry po edukaci

R = respondent, pacient	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Podává informace	6			1	1		1	1		1	1
Poradí	8	1	1	1	1	1	1		1		1
Učí	3	1			1	1					

Tabulka srovnává pohledy respondentů na roli sestry před edukací (Tabulka 8) s pohledy respondentů na roli sestry po edukaci (Tabulka 13), znázorňuje změnu, v pohledu respondentů na roli sestry, která nastala následkem edukace. 8 respondentů (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8, R10) uvedlo, že jim sestra poradí, 6 respondentů (R3, R4, R6, R7, R9, R10) vidí sestru, jako poskytovatelku informací, 3 respondenti (R1, R4, R5) uvedli, že je sestra učí.

5. Diskuse

Předmětem našeho výzkumného šetření bylo zjišťování kvality informovanosti o mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou, jejich pohled na roli sestry v souvislosti s mírněním bolesti a aplikace edukace v oblasti mírnění bolesti na tyto nemocné. Výsledky výzkumu vychází z provedených rozhovorů s nemocnými. Nejdůležitější sumarizované výsledky jsou zaznamenány v tabulkách a grafech (viz. kapitola Výsledky). V této diskuzi budeme pracovat s výsledky, zpracovanými pomocí rámcové analýzy dat, z tabulek a grafů.

Kolektiv autorů, spolu se Šamánkovou zdůrazňuje, že prioritou v uspokojování a naplňování potřeb nemocného je především snížení intenzity bolesti (12, 27). Proto jsme se na počátku výzkumného šetření zaměřily na údaje o bolesti u jednotlivých respondentů. Jako první nás zajímala *intenzita bolesti respondentů*, která byla hodnocena respondenty na začátku výzkumného šetření, v období před edukací (Graf 3) a v závěru výzkumného šetření, v období po edukaci (Graf 6). Oba grafy byly pro přehlednost srovnány v Grafu 10, který popisuje změnu v intenzitě bolesti před a po edukaci u jednotlivých respondentů. Z grafu vyplývá, že většina respondentů (9 respondentů) udala po edukaci nižší intenzitu bolesti. Vzhledem ke krátkému časovému období, mezi zhodnocením bolesti před a po edukaci, a k možnému ovlivnění bolesti i jinými faktory, nelze tvrdit, že ke snížení bolesti došlo pouze následkem námi aplikovaného edukačního procesu. Zároveň však nelze říci, že edukace, spolu s používáním prostředků a pomůcek k mírnění bolesti, na intenzitu bolesti respondentů vliv neměla. Účinek edukace na snížení intenzity bolesti nebyl ani vyvrácen, ale ani potvrzen.

Všichni respondenti užívají *léky k mírnění bolesti* viz. Tabulka 2. Zjistily jsme, že většina respondentů užívá k mírnění bolesti nesteroidní antirevmatika, která mohou u některých uživatelů vyvolat nežádoucí účinky. Zajímalo nás proto, zda mají respondenti *informaci o nežádoucích účincích léků*. Většina respondentů (9 respondentů) touto informací disponuje, což je pozitivní zjištění. Informaci

o nežádoucích účincích léků považujeme za velmi důležitou, a to z toho důvodu, že se může stát pro mnoho pacientů motivující k vyzkoušení a používání dalších metod k mírnění bolesti a v neposlední řadě i ke snížení užívání léků vyvolávající nežádoucí účinky.

V souvislosti s užíváním léku, je nezbytné vědět, jak dlouho a při jaké intenzitě respondenti léky užívají. Sosna tvrdí, že dlouhodobé užívání nesteroidních antirevmatik může urychlit progresi koxartrózy, jelikož kloub, který je analgetickým účinkem zbaven schopnosti signalizovat bolest, je často dále nadměrně přetěžován (24). Hnízdil souhlasí a dodává, že nejhorším nežádoucím účinkem analgetik je, že potlačují ochranný signál bolesti, a dovolují tak nemocnému pokračovat v nadměrném přetěžování kloubů, které je tou pravou příčinou následných bolestivých komplikací (6). *Intenzita, při níž užívají respondenti léky ke zmírnění bolesti*, je uvedena v Grafu 4. Z grafu vyplývá, že polovina respondentů užívá léky ke zmírnění bolesti při bolesti intenzity VAS 7 nebo 8, polovina respondentů užívá léky ke zmírnění bolesti při bolesti intenzity VAS 5 nebo 6. Předpokládáme, že tyto hodnoty zřejmě souvisí s informovaností respondentů o nežádoucích účincích léků. *Délka trvání bolesti nemocného kyčelního kloubu*, uvedená v Grafu 5, se u respondentů pohybovala v rozmezí 1 roku až 4 let. 2 respondenti mají bolesti 3 roky, 2 respondenti mají bolesti 2,5 roku, polovina respondentů má bolesti 2 roky nebo méně, jeden z respondentů má bolesti 4 roky. Zařazujeme i informaci o *termínu plánované operace TEP kyčelního kloubu*, který je uveden v Tabulce 3. Z tabulky zjišťujeme, že polovina respondentů, včetně respondenta s trváním bolestí v délce 4 let, má plánovanou operaci TEP kyčelního kloubu do 3 měsíců. Druhá polovina respondentů má operaci TEP kyčelního kloubu plánovanou za 3 měsíce a déle, proto je vhodné, aby nemocní znali a používali i další metody k mírnění bolesti. K čemuž jim může sloužit právě edukace.

Pro zhodnocení *potřeby snižování hmotnosti pacientů* jsme u jednotlivých respondentů zjišťovaly jejich tělesnou výšku a hmotnost (viz. Tabulka 1). Autoři Olejárová a Pavelka se shodují, že hmotnost významně přispívá k opotřebení kloubní chrupavky a ke vzniku koxartrózy, proto je třeba tuto nadměrnou hmotnost snížit a odlehčit tak kyčelní klouby. Olejárová dodává, že koxartróza vzniká při nadměrné

zátěži zdravého kloubu nebo při normální zátěži kloubu abnormálního (15, 17). Karpaš ve své publikaci uvádí doporučenou hmotnost před plánovanou operací TEP kyčelního kloubu (viz. Příloha 12), podle které vzniká potřeba snížit hmotnost před plánovanou operací TEP kyčelního kloubu u 7 respondentů (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9) (10). Před edukací snižovali svoji hmotnost 2 respondenti (R2, R6), následkem edukace pak začali 3 respondenti (R4, R5, R7) snižovat svoji hmotnost. Což v součtu znamená, že celkem snižuje svoji hmotnost 5 respondentů (R2, R4, R5, R6, R7) ze 7 respondentů (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9), u kterých vznikla potřeba snížit hmotnost před plánovanou operací TEP kyčelního kloubu. Při edukaci o snižování hmotnosti je nezbytné, aby sestra přihlédla k termínům operace jednotlivých respondentů (viz. Tabulka 3) a poučila je o vhodné „rychlosti“ snižování hmotnosti před operací, z důvodu tzv. jojo efektu, který by mohl nastat po operaci, následkem příliš rychlého snížení hmotnosti před operací.

Cílem práce bylo zjistit, *jakým způsobem vyhledávají respondenti informace o mírnění bolesti*. Toto šetření bylo prováděno v období před edukací a jeho výsledek je znázorněn v Tabulce 4. Téměř všichni respondenti (9 respondentů) uvedli jako zdroj informací lékaře, polovina respondentů (5 respondentů) uvedla jako zdroj informací noviny a televizi, méně než polovina respondentů (4 respondenti) uvedla jako zdroj informací sestru, přátele, letáky a internet. Dalšími zdroji informací byly časopisy, rehabilitační pracovník, příbuzný zdravotník, informace z lékárny, v jednom případě byl zdrojem informací sám respondent. Při srovnání výsledků z Tabulky 4 s výsledky z Tabulky 8, která se zabývá rolí sestry před edukací, zjišťujeme, že odpovědi v oblasti poskytování informací sestrou jsou téměř shodné. Avšak při dalším srovnání s Tabulkou 13, zabývající se rolí sestry z pohledu respondentů po edukaci, již zaznamenáváme rozdíl. Sestru jako zdroj informací, uvedli 4 respondenti, jako poskytovatelku informací před edukací ji uvedli 3 respondenti, po edukaci uvedlo sestru, jako poskytovatelku informací 9 respondentů. Což považujeme za důkaz přínosu edukace pro nemocné v oblasti získávání informací. *Z analýzy výsledků odpovědí formulujeme hypotézu na 1. výzkumnou otázku: Jakým způsobem nemocní vyhledávají informace? Hypotéza 1:*

Edukační proces ovlivňuje způsob vyhledávání informací o mírnění bolesti nemocnými s koxartrózou.

Pavelka upozorňuje, že pro úspěšnou léčbu a spolupráci mezi nemocným a zdravotníky je nezbytné, aby nemocný disponoval kvalitními informacemi o své chorobě a způsobech její léčby (17). Trnavský dodává: „V kontrolovaných studiích se ukázalo, že dostatek kvalitních informací o nemoci, kterou nemocný strádá, vede ke zlepšení jeho celkového zdravotního stavu, snížení bolesti a zlepšení funkční kapacity (32, s. 38)“. Proto bylo našim dalším cílem zmapovat, jakými informacemi nemocní v oblasti mírnění bolesti disponují. *Informovanost respondentů v oblasti mírnění bolesti* je uvedena v Tabulce 5, z níž plyne, že všichni respondenti měli, již před edukací, informaci o vhodnosti chůze a procházek pro mírnění bolesti a léčbu koxartrózy. A většina respondentů (8 respondentů) již disponovala informací o vhodnosti sportu a pohybové aktivitě. To je velmi pozitivní výsledek, neboť Pokorný zdůrazňuje: „Jedním z hlavních „triků“, je udržení postiženého kloubu v pravidelném pohybu. Tento výrok se zdá možná být na první pohled banální, z pohledu fyziologie kloubů a poznatků o jejich funkci je však pohyb zásadním faktorem pro regeneraci kloubní chrupavky a její výživu (19, s. 14)“. Pro odlehčení kyčelního kloubu je mimo jiné vhodné používat oporu při chůzi. Tuto informaci mělo před edukací 6 respondentů. 1 respondent (respondent 10), však nosil hůl při chůzi na špatné straně. Následkem edukace začal nosit hůl na straně správné viz. Tabulka 11. Nemocní před edukací disponovali informacemi o sportu a pohybové aktivitě, informacemi o nežádoucích účincích léků, o použití mastí a gelů, o kompenzačních pomůckách (nástavec na WC, abdukční klín). *Z analýzy výsledků odpovědí formulujeme hypotézu na 2. výzkumnou otázku: Jakými informacemi nemocní s koxartrózou v oblasti mírnění bolesti disponují? Hypotéza 2: Edukace, zaměřená na mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou, pozitivně ovlivňuje informovanost nemocných.*

V souvislosti s informovaností respondentů o mírnění bolesti, jsme zkoumaly, *jaké prostředky a pomůcky respondenti k mírnění bolesti využívají* viz. Tabulka 6. Po provedené edukaci jsme od respondentů zjišťovaly stejnou informaci viz. Tabulka 11, kterou jsme následně porovnali s předchozími informacemi. Tabulka 15

demonstruje změnu ve využívání prostředků a pomůcek před edukací a po edukaci, které nastala u všech respondentů. Po edukaci začala většina respondentů využívat zaujímání úlevové polohy, aplikaci tepla, sprchování, pohyby šetřící nemocný kyčelní kloub, nošení vhodné obuvi, vyvarování se nevhodných pohybů. Při pohledu na Tabulku 15 lze tedy říci, že byl splněn jeden z hlavních cílů edukace, jak uvádí Farkašová, a to zaměření na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování a jednání nemocného v zájmu podpory zachování a obnovy jeho zdraví (5).

Jelikož respondenti uváděli, že mají informace a vykonávají pohybovou aktivitu, zajímal nás *postoj respondentů k pohybové aktivitě před edukací* (viz. Tabulka 7) a *postoj respondentů k pohybové aktivitě po edukaci* (viz. Tabulka 12). Výsledky tabulek jsme následně porovnali, abychom zjistily změnu, která se odehrála následkem edukace. Změna proběhla u 7 respondentů, a to vždy jen v jedné kategorii, přesto však lze hovořit o změně pozitivní. Trnavský tvrdí, že: „Cvičební program může být stejně účinný v potlačení bolesti jako podávání nesteroidních antirevmatik (32, s. 37)“, navíc dochází následkem cvičení ke zvýšení rozsahu pohybu a síly, normalizaci chůze a usnadnění denních činností, zabránění dalšímu poškození artrotického kloubu (32).

Jedním z cílů práce bylo zmapovat, *jakou roli sehrává sestra v mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou z pohledu pacientů*. Výsledky tohoto průzkumu před edukací jsou uvedeny v Tabulce 8, výsledky po edukaci jsou zaznamenány v Tabulce 13. Po srovnání těchto tabulek byla vytvořena Tabulka 17, která poukazuje na změnu pohledu respondentů na roli sestry v mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou. Před edukací odpověděli všichni respondenti, že je sestra objednává na vyšetření a kontroly, pouze 3 respondenti odpověděli, že jim sestra poskytuje informace. Po edukaci uvedlo 9 respondentů, že jim sestra poskytuje informace, 8 respondentů uvedlo, že jim sestra poradí, 3 respondenti uvedli, že je sestra učí. Tyto odpovědi respondentů svědčí o důležitosti role sestry edukátorky. *Z analýzy výsledků odpovědí formulujeme hypotézu na 3. výzkumnou otázku: Jakou roli vykonává sestra v mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou z pohledu pacientů? Hypotéza 3: Pacienti s koxartrózou, v souvislosti s mírněním bolesti prostřednictvím edukace, vnímají roli sestry jako poskytovatelku informací.*

Nemocní s koxartrózou byli edukováni, dle edukačního plánu (viz. Příloha 11), o možnostech mírnění bolesti, byl jim předán edukační materiál (viz. Příloha 9), pro doplnění informací i informační brožura (viz. Příloha 10). Tabulka 9 informuje o *využití edukačního procesu respondenty*, kdy všichni respondenti využili k získání informací o mírnění bolesti edukaci i informační brožuru, 9 respondentů využilo k získání informací o mírnění bolesti edukační materiál.

Zajímala nás *míra spokojenosti respondentů s edukací viz. Graf 7, edukačním materiálem viz. Graf 8 a informační brožurou viz. Graf 9*. 9 respondentů (R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9, R10) bylo s edukací velmi spokojeno, 4 respondenti (R1, R4, R9, R10) byli velmi spokojeni s edukačním materiálem, 5 respondentů (R2, R3, R5, R6, R7) bylo spokojeno s edukačním materiálem. 5 respondentů (R1, R4, R6, R8, R9) bylo velmi spokojeno s informační brožurou, 5 respondentů (R2, R3, R5, R7, R10) bylo spokojeno s informační brožurou. Tyto výsledky lze hodnotit, jako velmi pozitivní. Bylo by však vhodné zjistit, z jakých důvodů byli respondenti s uvedenými zdroji informací méně spokojeni a dle toho edukaci, edukační materiál či informační brožuru více přizpůsobit potřebám nemocných.

Jako *nejužitečnější zdroj informací o mírnění bolesti* (viz. Tabulka 10) uvedli všichni respondenti rozhovor, 7 respondentů uvedlo, jako nejužitečnější zdroj informací o mírnění bolesti, nácvik činností a edukační materiál. Z těchto výsledků plyne, že nemocní upřednostňují osobní kontakt se sestrou před získáváním informací prostřednictvím edukačního materiálu, informační brožury či jiným způsobem. Je tedy nezbytné, aby si sestra k rozhovoru s nemocnými vyhradila dostatek času. Přesto, že nemocní hodnotí rozhovor jako nejužitečnější, považujeme za vhodné doplnit rozhovor o písemné informace, k pozdějšímu vyhledání a osvěžení informací i o názornou ukázkou, ke snazšímu zapamatování. *Z analýzy výsledků formulujeme odpověď na 4. výzkumnou otázku: Využívají nemocní s koxartrózou edukační materiál k mírnění bolesti? Odpověď 1: Nemocní využívají k mírnění bolesti edukační materiál a dovednosti naučené prostřednictvím edukace, přesto však upřednostňují osobní kontakt se sestrou před získáváním informací prostřednictvím edukačního materiálu.*

Po edukaci byla u respondentů provedena zpětná vazba. Autoři Bártlová, Průcha, Závodná považují zpětnou vazbu za nepostradatelnou součást edukačního procesu. Zpětná vazba slouží nejen ke zjištění, zda posluchači porozuměli poskytnutým informacím, ale i k hodnocení celé edukace, umožňuje sestře přizpůsobit výklad potřebám nemocných a zaměřit se na problémové nebo nejasné oblasti. Cílem edukace je zapojit nemocného do ošetrovatelského a léčebného procesu, aby se mohl sám nemocný aktivně podílet na léčbě svého onemocnění a mírnění bolesti (2, 20,33). Jako zpětná vazba byl respondentům zadán test, který měl ověřit jejich *znalosti o provádění nevhodných pohybů v kyčelním kloubu*. Odpovědi respondentů jsou uvedeny v Tabulce 14. Správné odpovědi (pohyby, které by neměl vykonávat člověk v nemocném kyčelním kloubu) jsou: přinožení, zevní vytočení kyčle, úhel ohnutí v kyčelním kloubu menší jak 90° , stoj se zkříženým nohama, sed s nohou přes nohu. Chybou tedy bylo, pokud respondent uvedl odpověď: unožení (uvedl 1 respondent), vnitřní vytočení kyčle (uvedli 4 respondenti), odpověď úhel ohnutí v kyčelním kloubu větší jak 90° (uvedli 2 respondenti). Chybou bylo, i pokud respondenti neuvedli jako správnou odpověď: přinožení (neuvedli 2 respondenti), zevní vytočení kyčle (neuvedl 1 respondent), úhel ohnutí menší jak 90° (neuvedli 2 respondenti), stoj se zkříženými nohama (neuvedli 3 respondenti). Všichni respondenti opověděli správně, že nevhodným pohybem v kyčelním kloubu je sed s nohou přes nohu. Výsledek testu je tedy vesměs pozitivní, i přesto, že respondenti neodpověděli ve všech kategoriích správně, většina respondentů správné odpovědi uvedla.

6. Závěr

V závěru práce se vracíme ke stanoveným cílům práce a výzkumným otázkám. Stanovily jsme si tyto cíle: Cíl 1: Zmapovat způsob vyhledávání informací nemocnými s koxartrózou. Cíl 2: Zmapovat informace, kterými nemocní s koxartrózou v oblasti mírnění bolesti disponují. Cíl 3: Zmapovat, jakou roli sehraává sestra v mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou z pohledu pacientů. Cíl 4: Vytvoření edukačního materiálu pro nemocné s koxartrózou. Cíl 5: Aplikace edukačního materiálu pro nemocné s koxartrózou. Cíle práce byly splněny.

Položily jsme si výzkumné otázky: Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem nemocní vyhledávají informace? Výzkumná otázka 2: Jakými informacemi nemocní s koxartrózou v oblasti mírnění bolesti disponují? Výzkumná otázka 3: Jakou roli vykonává sestra v mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou z pohledu pacientů? Výzkumná otázka 4: Využívají nemocní s koxartrózou edukační materiál k mírnění bolesti?

Empirická část této práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Technikou sběru dat byl nestandardizovaný rozhovor, který probíhal u 10 vybraných respondentů, nemocných s koxartrózou čekajících na operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu, kteří navštěvují ortopedickou ambulanci v Třebíči. S respondenty byl proveden 1. rozhovor, po němž byl vypracován edukační plán, zaměřený na problémy zjištěné z prvního rozhovoru, následovala edukace, při které byl nemocným předán edukační materiál. Po edukaci byl proveden 2. rozhovor, jež sloužil jako zpětná vazba. Záznamy rozhovorů byly přepsány do kazuistik. Kazuistiky tvořily výzkumný podklad pro sestavení tabulek a grafů, kde jsou sumarizovány nejdůležitější výsledky výzkumu.

Na základě výzkumného šetření jsme našly odpovědi na výzkumné otázky, které jsme formulovaly do hypotéz a jedné odpovědi. Z analýzy výsledků odpovědí jsme stanovily hypotézy. Hypotéza 1: Edukační proces ovlivňuje způsob vyhledávání informací o mírnění bolesti nemocnými s koxartrózou. Hypotéza 2: Edukace, zaměřená na mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou, pozitivně ovlivňuje informovanost

nemocných. Hypotéza 3: Pacienti s koxartrózou, v souvislosti s mírněním bolesti prostřednictvím edukace, vnímají roli sestry jako poskytovatelku informací. Z analýzy výsledků formulujeme odpověď na 4. výzkumnou otázku. Odpověď 1: Nemocní využívají k mírnění bolesti edukační materiál a dovednosti naučené prostřednictvím edukace, přesto však upřednostňují osobní kontakt se sestrou před získáváním informací prostřednictvím edukačního materiálu.

Z výsledného šetření plyne, že role sestry edukátorky i informátorky a samotná edukace jsou v praxi velmi potřebné. Je však třeba mít na paměti, že edukace je proces, který se neustále vyvíjí, a proto je důležité jej neustále přizpůsobovat potřebám edukovaných.

Přínosem této práce do klinické praxe a do zdravotně sociální oblasti je zjištění, jak důležitá je role sestry edukátorky a informátorky, a jak potřebná je edukace v oblasti mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou. Předpokládané využití práce v praxi je aplikace edukačního materiálu o mírnění bolesti u artrózy kyčelního kloubu pro nemocné s koxartrózou. Výsledky práce a vytvořený edukační plán, edukační materiál i informační brožura budou poskytnuty ortopedické ambulanci v Třebíči k dalšímu využití pro nemocné s koxartrózou.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ABRAHAMAS, P., DRUGA, R. *Lidské tělo – atlas anatomie člověka*. 1. české vydání. Přeložili: Druga, R., Čihák, R., Němcová, V., Nováková, Z., Seichert, V. Praha: Ottovo nakladatelství - Cesty, 2003. 256 s. ISBN 80-7181-955-7.
2. BÁRTLOVÁ, S., HAVELKOVÁ, H., JIČÍNSKÁ, K. et al. *Role sestry specialistky*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2008. 102 s. ISBN 978-80-7013-488-7.
3. DUNGL, P. et al. *Ortopedie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8.
4. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1. vydání. Vydala Univerzita Karlova v Praze. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.
5. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství teorie*. 1. české vydání. Přeložila: Thótová, V. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
6. HNÍZDIL, J., ŠAVLÍK, J., BERÁNKOVÁ, B., TÝKALOVÁ J. *Artróza v psychosomatickém přístupu - artróza kyčelního kloubu*. 1. vydání. Praha/Kroměříž: Triton, 2007. 47 s. ISBN 80-7254-913-8.
7. HORČIČKA, V. *Revmatologie - minimum pro praxi*. 1. vydání. Praha: Triton, 1999. 124 s. ISBN 80-7254-056-4.
8. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
9. JAVŮREK, J. *Život s artrózou*. 1. vydání. Praha: Grada, 1996. 144 s. ISBN 80-7169-313-8.
10. KARPAŠ, K. *Operace endoprotézy kyčelního kloubu - informace pro pacienty*. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus HK, 2004. 20 s. ISBN 80-86225-62-3.
11. KOLEKTIV AUTORŮ. *Pohybový systém a zátěž*. 1. vydání. Praha: Grada, 1997. 260 s.; ISBN 80-7169-258-1.
12. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. 1. vydání. Přeložila: Cara Di, V. Praha: Grada, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.

13. KOUDELA, K. et al. *Ortopedie*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2003. 281 s. ISBN 80-246-0654-2.
14. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství - I. díl - systémový přístup*. 1. vydání. Vydala Univerzita Karlova v Praze. Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
15. OLEJÁROVÁ, M., PROKEŠ, M. *Praktická revmatologie pro lékaře a farmaceuty*. 1. vydání. Praha: Apotex, 2005. 172 s. ISBN není uvedeno.
16. OLEJÁROVÁ, M. *Somatická terapie osteoartrózy*. [cit. 2008-11-26]. Dostupné z: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/Farmakoterapie-6-2006-564-Syptomaticka-terapie-osteoartrozy.pdf>.
17. PAVELKA, K. et al. *Revmatologie – Vnitřní lékařství Svazek VII*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. s. ISBN 80-7262-145-9.
18. PAVELKA, K. *Syndrom bolesti u osteoartrózy*. *Bolest – časopis pro studium a léčbu bolesti*. Ročník 3, 2000, číslo 3. [cit. 2008-12-12] Dostupné z : <http://www.tigis.cz/bolest /PDF/Bol300.pdf>.
19. POKORNÝ, D. *Artróza*. 1. české vydání. Praha: Nakladatelství Vašut, 2000. 32 s. ISBN 80-7236-184-8.
20. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 3. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Portál, 2001. 322 s. ISBN 80-7178-579-2.
21. *Přehled teoretických poznatků - Obecná část - Artróza*. [cit. 2008-11-26]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/51120/lf_b/9a_dal.pdf.
22. SALVAGE, J. *Ošetřovatelství v akci*. 1. vydání. Přeložila: Strajtová, A. Vydala česká společnost sester, 1997. 119 s. ISBN 92 890 1312 5, ISSN 0378-2255.
23. SOFAER, B. *Bolest příručka pro zdravotní sestry*. 1. české vydání. Přeložil: Friedová-Steinová, D. Praha: Grada, 1997. 104 s. ISBN 80-7169-309-X.
24. SOSNA, A. et al. *Základy ortopedie*. 1. vydání. Praha: Triton, 2001. 176 s. ISBN 80-7254-202-8.
25. SOSNA, A., POKORNÝ, D., JAHODA, D. *Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 58 s. ISBN 80-7254-302-4.

26. STAŇKOVÁ, M. *Sestra - reprezentant profese*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
27. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
28. TICHÝ, M. *Dysfunkce kloubu I – Podstata konceptu funkční manuální medicíny*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Miroslav Tichý, 2005. 118 s. ISBN 80-239-5523-3.
29. TICHÝ, M. *Dysfunkce kloubu V - Dolní končetina*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Miroslav Tichý, 2008. 123 s. ISBN 978-80-254-2251-9.
30. *Totální endoprotéza kyčelního kloubu*. [cit. 2008-11-03]. Dostupné z: <http://www.orthes.cz/hip.htm>.
31. TRACHTOVÁ, E. a kol.. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
32. TRNAVSKÝ, K., KOLAŘÍK, J. *Onemocnění kloubů a páteře v praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 1997. 417 s. ISBN 80-85824-65-5.
33. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelství*. 2. přepracované a doplněné vydání. Martin: Vydavatelstvo Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

8. Klíčová slova

Kyčelní kloub

Koxartróza

Bolest

Sestra

Nemocný

Role

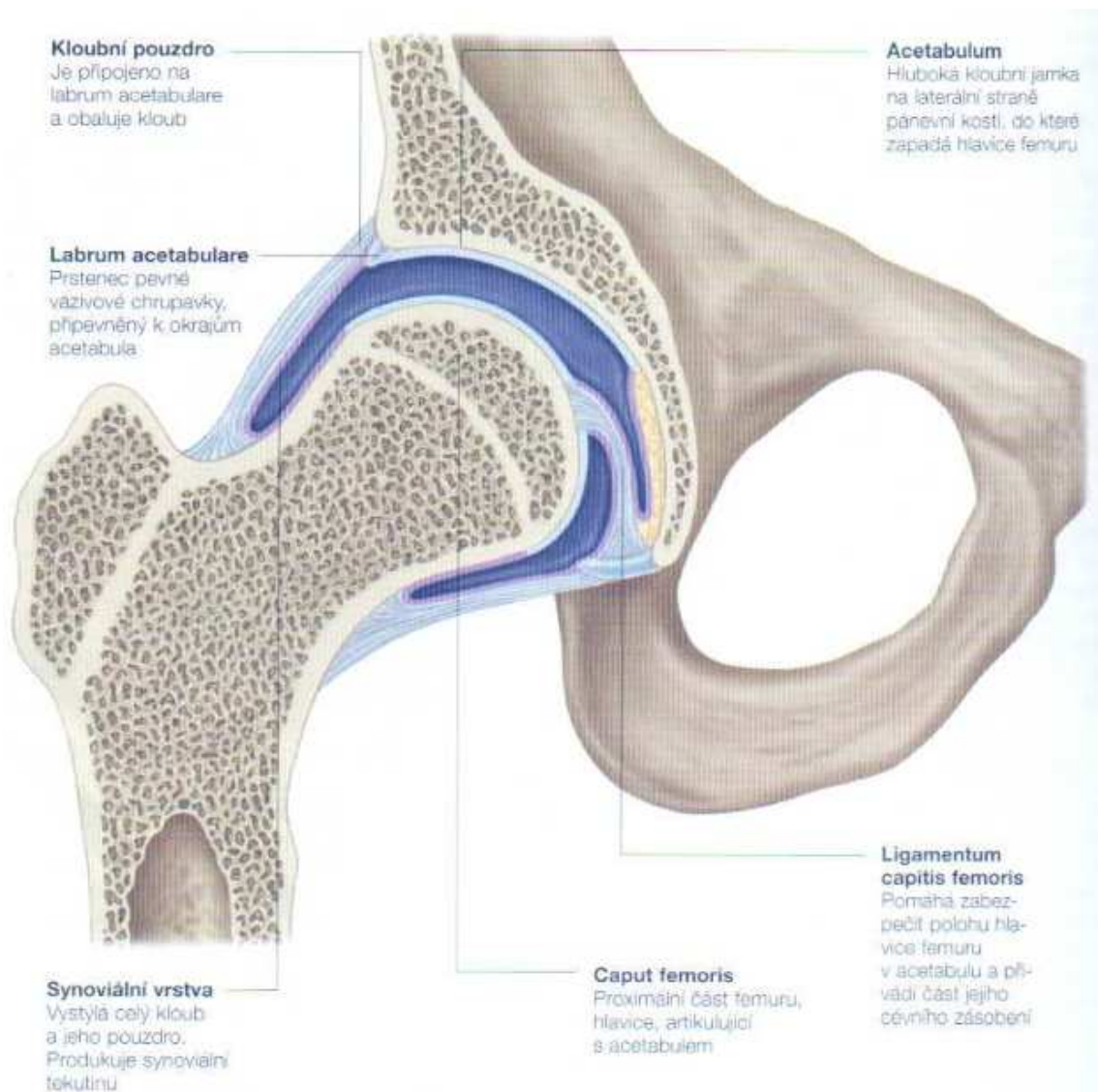
Edukace

9. Přílohy

Seznam příloh:

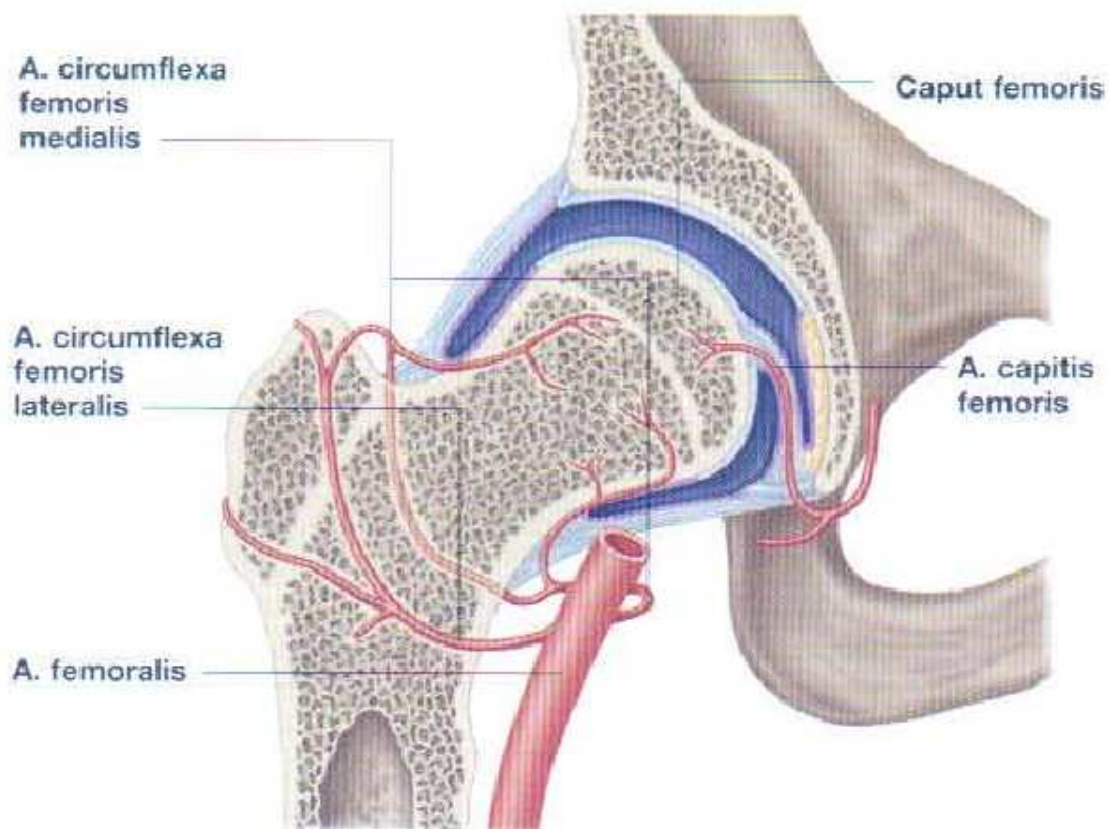
- | | |
|------------|--|
| Příloha 1 | Řez pravým kyčelním kloubem |
| Příloha 2 | Cévní zásobení kyčelního kloubu |
| Příloha 3 | Ligamenta kyčelního kloubu |
| Příloha 4 | Rozdělení koxartrózy podle závažnosti umožňují RTG stadia podle Kellgrena-Lawrence |
| Příloha 5 | Doporučení EULAR pro léčbu koxartrózy v klinické praxi |
| Příloha 6 | Nástavec na WC |
| Příloha 7 | Abdukční klín |
| Příloha 8 | Vizuální analogová škála- pravítko |
| Příloha 9 | Edukační materiál |
| Příloha 10 | Informační brožura |
| Příloha 11 | Edukační plán |
| Příloha 12 | Váhová tabulka pro plánovanou operaci náhrady kyčelního kloubu |

Příloha 1 Řez pravým kyčelním kloubem



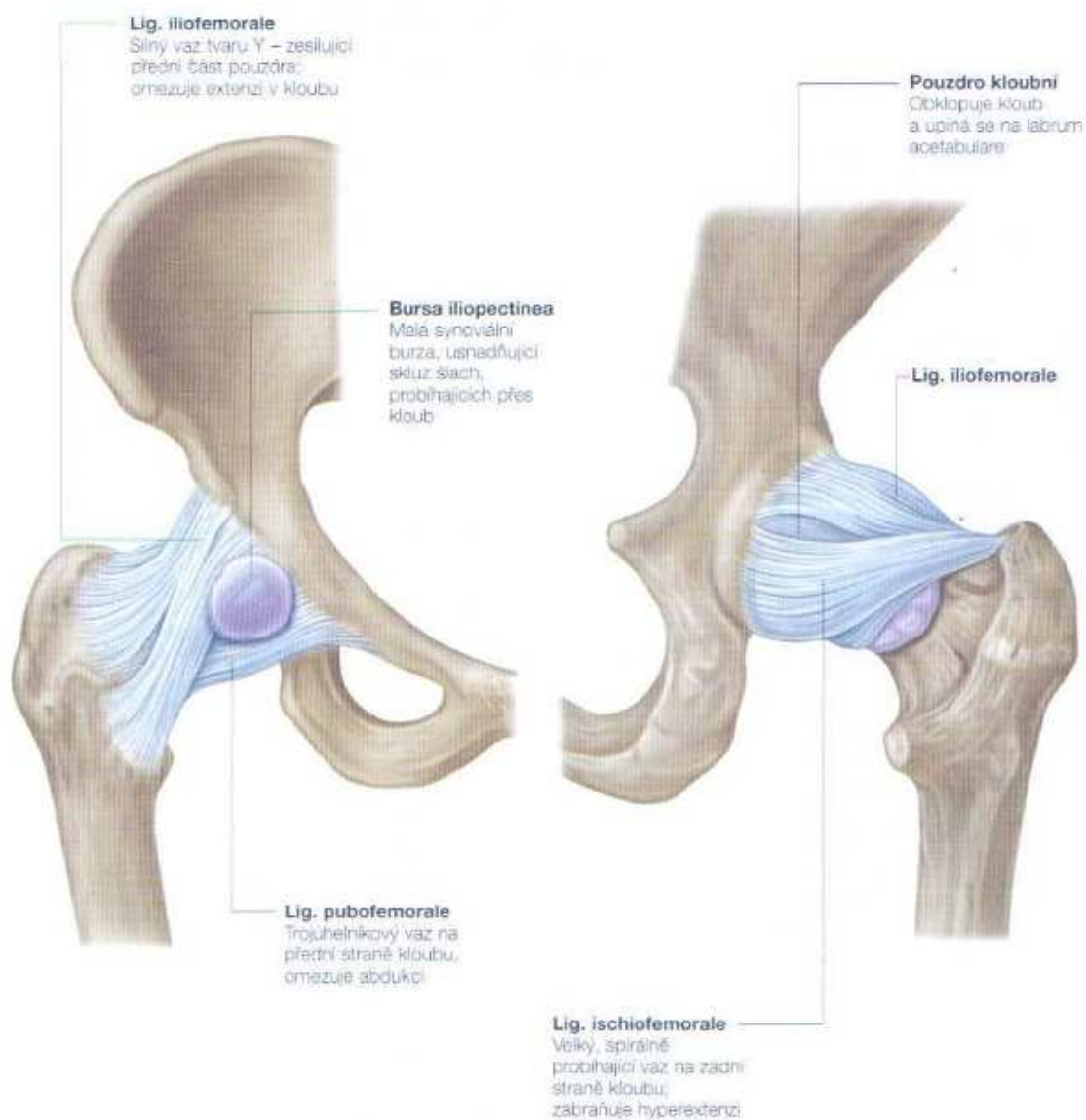
Převzato z: ABRAHAMS, P., DRUGA, R. *Lidské tělo – atlas anatomie člověka*. 1. české vydání. Přeložili: Druga, R., Čihák, R., Němcová, V., Nováková, Z., Seichert, V. Praha: Ottovo nakladatelství - Cesty, 2003. 256 s. ISBN 80-7181-955-7. s. 202.

Příloha 2 Cévní zásobení kyčelního kloubu



Převzato z: ABRAHAMS, P., DRUGA, R. *Lidské tělo – atlas anatomie člověka*. 1. české vydání. Přeložili: Druga, R., Čihák, R., Němcová, V., Nováková, Z., Seichert, V. Praha: Ottovo nakladatelství - Cesty, 2003. 256 s. ISBN 80-7181-955-7. s. 202.

Příloha 3 Ligamenta kyčelního kloubu



Převzato z: ABRAHAMS, P., DRUGA, R. *Lidské tělo – atlas anatomie člověka*. 1. české vydání. Přeložili: Druga, R., Čihák, R., Němcová, V., Nováková, Z., Seichert, V. Praha: Ottovo nakladatelství - Cesty, 2003. 256 s. ISBN 80-7181-955-7. s. 203.

Příloha 4

Rozdělení koxartrózy podle závažnosti umožňují RTG stadia podle Kellgrena-Lawrence:

I. stadium: zúžení kloubní štěrbiny mediálně a počátek tvorby osteofytů okolo hlavice.

II. stadium: určité snížení kloubní štěrbiny inferomediálně, jsou tvořeny zřetelné osteofyty a subchondrální skleróza.

III. stadium: kloubní štěrbina je výrazně zúžena, jsou přítomny osteofyty, sklerocystické změny, detritové cysty hlavice acetabula, deformace tvaru hlavice i acetabula.

IV. stadium: vymizení kloubní štěrbiny se sklerózou a cystami, pokročilá deformace hlavice acetabula.

Převzato z: DUNGL, P. et al. *Ortopedie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8. s. 902.

Příloha 5

Doporučení EULAR (= Evropská liga proti revmatismu) pro léčbu koxartrózy v klinické praxi:

- komplexní terapie zahrnující farmakologické i nefarmakologické postupy,
- individuální přístup s ohledem na stupeň a tíži postižení, rizikové faktory pacienta, komorbiditu a souběžnou farmakoterapii,
- nefarmakologická opatření (edukace, pravidelné cvičení, ortopedické pomůcky, snížení hmotnosti),
- paracetamol jako analgetikum první volby i pro dlouhodobou léčbu,
- NSA jsou indikována jen u nedostatečné reakce na paracetamol; u zvýšeného gastrointestinálního rizika je třeba podávat neselektivní NSA s gastroprotektivními léky nebo COX-2 specifické inhibitory,
- opioidní analgetika (alternativa NSA při kontraindikaci, neúčinnosti, nesnášenlivosti),
- SYSADOA (glukosamin sulfát, chondroitin sulfát, diacerin, kyselina hyaluronová),
- intraartikulární depotní kortikosteroidy (při vzplanutí bolesti nebo při přítomnosti výpotku),
- preventivní chirurgické výkony na kyčli (u dysplázií, varózních či valgózních deformit)
- totální kloubní náhrady by měly být indikovány u pacientů s rtg známkami koxartrózy, kteří mají refrakterní bolest a špatnou funkci.

Převzato z: OLEJÁROVÁ, M. *Somatická terapie osteoartrózy*. [cit. 2008-11-26].

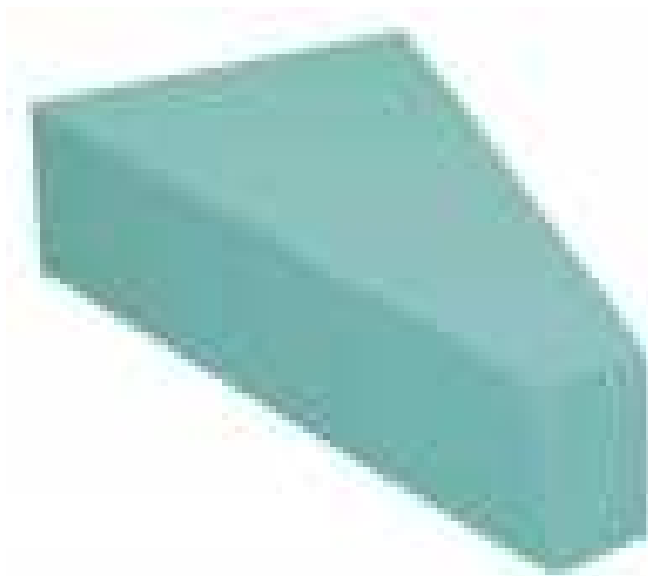
Dostupné z: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/Farmakoterapie-6-2006-564-Symptomaticka-terapie-osteoartrózy.pdf>.

Příloha 6 **Nástavec na WC**



Převzato z: *Nástavec na WC*. [cit. 2009-03-26]. Dostupné z: http://www.dmapraha.cz/images/produkty/img/508_abc3.jpg.

Příloha 7 Abdukční klín

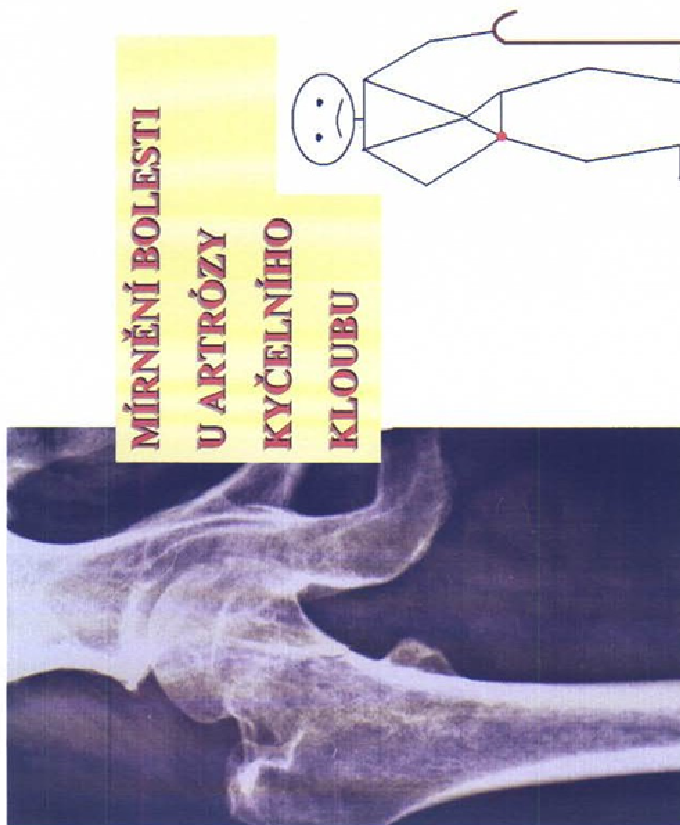


Převzato z: *Abdukční klín*. [cit. 2009-03-26]. Dostupné z: <http://www.dekubity.cz/Polohovaci-pomucky/mezinozni-podlozka/>.

Příloha 8 Vizuální analogová škála- pravítko



Vlastní zdroj



**MÍRNĚNÍ BOLESTI
U ARTRÓZY
KYČELNÍHO
KLOUBU**

Artróza je onemocnění úzce související s Vaším životním stylem, způsobem Vašeho stravování a tělesnou hmotností, pohybovou aktivitou a její kvalitou a intenzitou, střídáním aktivity a odpočinku. Pro zmírnění nepříjemných příznaků, které artrózu provázejí a její léčbu je nejdůležitější změnit svůj životní styl – zamezit přetěžování kyčelního kloubu zvýšenou tělesnou hmotností, přichmanou pohybovou aktivitou a nevhodnými pohyby.

Jak se můžete podílet na léčbě sami?

- naučte se mírnit svoji bolest bez užívání léků
- nepřetěžujte svoje kyčelní klouby
- seřete svůj nemocný kyčelní kloub
- cvičte a sportujte, ale s rozvahou a s mírou

Léky proti bolesti (Ibuprofen, Diclofenac,...)
- mají nežádoucí účinky! Čtěte příbalové letáky!
+ potlačují bolest → dovolojí Vám pokračovat v přetěžování kloubu!

Nesteroidní antirevmatika v podobě mastí a gelů
- nemají nežádoucí účinky
- např.: Ibu-hepa krém, Dolgít gel, Fastum gel, Almíral gel, Dolmína gel, Enoxen gel, Flector EP gel, Ketonal krém, Ibalgín krém, Veral gel, Voltaren Emulgel,...

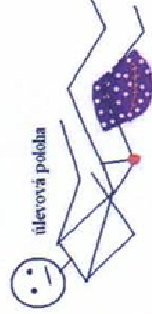
Mírnění bolesti bez léků

Více pohybu a méně zátěže

Cvičení je nejdůležitějším prostředkem pro snížení bolesti kloubů, může být stejně účinné v potlačení bolesti jako užívání léků. Pravidelný pohyb s přiměřenou zátěží vyživuje chrupavku, zpevňuje kloub a snižuje bolest. Každodenní cvičení na pár minut zabrání dalšímu omezení Vaší pohyblivosti. Hmotnost významně zatěžuje Vaše klouby!

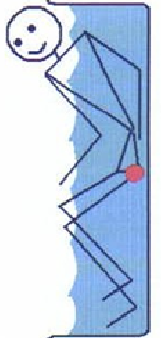
Klíď a odlehčení

- při ť bolestech a zánětu artritického kyčelního kloubu
- Ůlevová poloha** – polohnutí - ť pouze na krátkou dobu, aby kloub nezuhlínil
- Pohyb v odlehčení bolestivé kyčle** (francouzské hole, berle, hůl,...)



Teple zlepšuje prokrvení a uvolnění svalů, podporuje látkovou výměnu a zlepšuje rozsah pohybu.

- elektrické podušky, termosáčky, termofory, tepelné zářiče, infračervené světlo (solux), koupele ve vaně, slatinné, rašelinové nebo parafinové zábalý (ty jsou používány především v rehabilitaci a lázeňství), Priesnitzův obklad,...

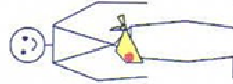
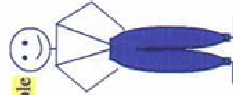


Prisnilizáv obklad

Froté ručník namočte do studené vody, překryjte igelitem a následně suchým froté ručníkem. Obklad ponechte na nemocném kloubu asi hodinu.

Udržujte své kyčelní klouby v teple

- noste dlouhé teplé spodní prádlo nejlépe z bavlny, která dostatečně odsává pot



Chlad tlumí bolesti a zánět, zmenšuje otok a snižuje napětí svalů.
- obklady, zábaly, kryosáčky

Nepřetěžujte svoje kyčelní klouby

Máte nadváhu?

- reduktujte svoji hmotnost - pomalu 1-2 kg/ měsíc (prevence jojo efektu)

- 1 kg tělesné hmotnosti => tlak na kyčel při chůzi o 3 kg.

- Redukce váhy sama o sobě snižuje bolesti!

- jak? - vhodné stravování - menší porce, vyvážená strava, ovoce,

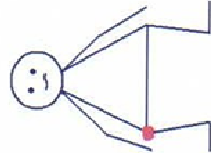
zelenina, potraviny s vysokým obsahem vlákniny,

vyvarujte se tzv. červených mas (hovězí, vepřové),

konzumujte masa bílá (králičí, kuřecí, mořské ryby)

- pitný režim - NE - alkohol, káva, čaj

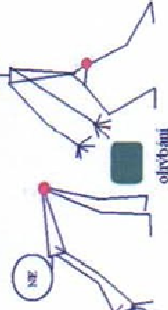
- pohyb - jízda na kole nebo rotopedu, plavání a cvičení v bazénu, krátké vycházky



Šetřete svůj nemocný kyčelní kloub

Rady k mírnění bolesti

- vyvarujte se násilného přimozžení, zevního vytočení kyčle
- dbejte na to, aby úhel v kyčelním kloubu nebyl menší než 90°, a to nejen při sedu, ale i při ohybání a dalších pohybech (proto nedělejte dřepy, neklečte, neshýbejte se a nepředklánějte)
- ohybání - podřep na zdravou DK, nemocnou DK zanožte dozadu
- nedávejte nohu přes nohu, nekřičte dolní končetiny - v leže, v sedě, ve stoji



Chůze

- nedoporučujeme Vám dlouhodobou chůzi i státi, chůzi po nerovném terénu
- k chůzi nepoužívejte pantofle nebo bačkory; používejte pohodlnou pevnou obuv, s plnou špičkou a patou, bez podpatek, s pružnou podrážkou (vhodná je např. sportovní obuv), nejen na ven, ale i na doma
- neobouvajte si ponožky a boty sami, využijte pomůcky (podavač, navlékač punčoch, dlouhá lžice na boty....)

- využijte ortopedické pomůcky pro odlehčení a zlepšení chůze - hůl, francouzské hole nebo podpažní berle, chodící aparát (hůl noste na protilehlé straně)

Chůze s berllemi

Při chůzi s berllemi se pevně vzeptete na madlech při současném natažení horních končetin a udržujte vzprimený postoj. Nechodte s toporně pronutým kolenem.

- chůze s berllemi po rovině

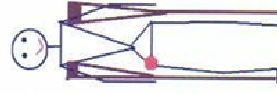
- nejdrive obě berle, pak nemocná DK, následuje zdravá DK.

- chůze s berllemi do schodů

- nejdrive zdravá DK, následuje nemocná DK, nakonec obě berle.

- chůze s berllemi ze schodů

- nejdrive obě berle, pak nemocná DK, následuje zdravá DK.



Sedění

- nesedějte si do nízkých, hlubokých a pohodlných křesel
- přizpůsobte si výšku pracovní židle, na obýčejnou židli sedějte pouze s polštářem



Nikarve na WC

- zvyšte toaletní mísu tak, abyste zabránili velkému ohnutí v kyčelním kloubu (použijte speciální nástavec na WC, který můžete zakoupit ve zdravotnických potřebách)
- vždy, když si sedíte natáhněte nemocnou DK před sebe
- spěte na vyšším, pevném a rovném lůžku



Abdukční klín:

- při ležení i sezení mějte nemocnou DK uhozenou - k tomu Vám pomůže abdukční klín, který můžete zakoupit v lékárně (stejně poslouží i polštář nebo naplň mafouknutý mříč na plavání)

- s abdukčním klínem mezi koleny se přetáčejte v lůžku, ležte v poloze na boku i v poloze na zádech

Bezpečnost:

- do koupelny a na WC nainstalujte madla (abyste se při vstávání mohli pevně opřít rukama)
- nechoďte po mokřem nebo kluzkém terénu
- odstraňte doma všechny volně ležící předměty a rohožky
- při chůzi po schodech se věnujte chůzi, s nikým si nepovídejte a neohlížejte se (zabráňte tak případné ztrátě rovnováhy a pádu)
- vhodné je i používání některých protetických a jiných pomůcek, které jsou nezbytné v denním životě, např. nástavec na WC, sedačka do vany, protismykové hroty na berle, protiskluzné rohože, oblékač punčoch atd.

Osobní hygiena:

- nejlepší a nejjednodušší pro Vás bude používat sprechový kout opatřený madlem a protiskluznou podložkou. Takto vybavený sprechový kout je nejbezpečnější a nejpohodlnější.
- koupelnu s klasickou vanou vybavte sedátkem do vany, madly či zábradlím, protiskluznou podložkou.
- na dno vany si nikdy neseďte, radši zůstaňte stát jako ve sprchovém koutě nebo sedíte na sedátku (na sedátko si sedějte stejným způsobem, jako při ulehání na lůžko).
- při pohybu v koupelně buďte velmi opatrní, dejte pozor na kluzkou podlahu!

Jízda autem:

- Při jízdě autem se rovněž vyvarujte velkého ohnutí.
- do auta nastupujte podobně, jako při ulehání na lůžko.
- na sedadlo položte polštář (pro pohodlnější sezení a udržení správného úhlu v kloubu), nemocnou DK mějte nataženou (obr.5).

Sexuální aktivity:

- Při všech pohybech je nutné, abyste se vyvarovali pokrčení nemocné DK, vytvoření kyčle zevně a ohnutí kyčelního kloubu většího než 90°, výrazněji se nepředklánějte.

Nevhodné je přinohzení, uhození naopak nepřináší žádné riziko. Dalších omezení není třeba. Vždy je zapotřebí ohleduplnosti partnera.

Ze zkušenosti pacientů můžeme pro ženy doporučit:

- polohu na zdravém boku s polštářem mezi koleny, s lehce pokrčenými DKK v kyčelních kloubech a partnerem za zády
- vyhovuje-li Vám, je možná i poloha na břiše
- další možností je poloha na zádech s uhozením natažené nemocné DK (nevytáčet zevně!) se zdravou DK pokrčenou a vytvořenou zevně.



Další rady:

- střídejte polohy (sed - leh - chůze), alespoň jednou za 30 minut změňte polohu
- nezaanedbávejte pravidelný pohyb - procházky, cvičení, vhodná je jízda na kole nebo rotopedu, plavání a cvičení v bazénu
- nenoste předměty těžší než 5 kg, vhodné je používání malého vozíčku či nákupní tašky s kolečky
- věnujte pozornost únavě a nepřetěžujte své síly
- nezapomínejte na pravidelné kontroly u Vašeho ortopeda, i když nemáte žádné obtíže
- při obtížích vyhledejte lékaře



Pohybová aktivita

Nevhodné - veškeré sportovní aktivity spojené s nárazy, otřesy, doskoky a prudkými změnami poloh

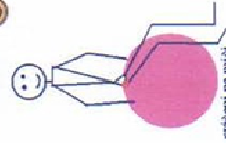
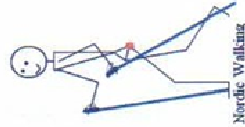


- běh, basketbal, kopaná, tenis nebo squash, lyžování, horská turistika, jezdeckví, parašutismus, vzpírání
- pohyb na tvrdém a nepruženém povrchu (asfaltové silnice, betonové dráhy, městské kamenné dlažby a chodníky)

Vhodné



- chůze
- Nordic Walking *
- jízda na kole nebo rotopedu
- plavání a pohyb ve vodě
- Pilates **
- cvičení na velkém gymnastickém míči
- cvičení s malým míčem - overballem
- tchaj - čchi, jóga
- rehabilitace - LTV (léčebná tělesná výchova)



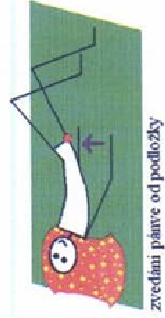
Malá cvičební sestava

Tyto cviky uvádíme pro inspiraci, pokud s některými máte problémy nebo Vám provokují či zhoršují bolest, necvičte je.

S cvičením je nejlepší začít hned po probuzení ještě před tím, než vstanete z postele a zatížíte klouby. Na cvičení se obléčte pohodlně, dbějte na zakrytí kyčelních kloubů, abyste při cvičení neprochladli. Cvičte nejlépe 2-3 krát během dne.

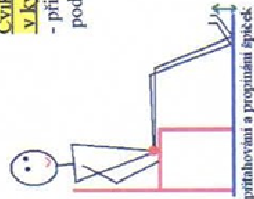
Cviky v lehu na zádech (tvrdé cviky můžete provádět na posteli):

- přitáhněte špičky nahoru a propněte dolů
- přitáhněte špičky nahoru, zatlačte kolena dolů do postele. Vydržte 10 sekund, pak povolte.
- pomalu pokrčte DK a zpět natáhněte. Totéž proveďte i s druhou DK.
- propněte koleno, přitáhněte špičky nahoru a nataženou DK suňte do strany a zpět. Totéž proveďte i s druhou DK.
- stáhněte obě pátky hýždí k sobě. Vydržte 10 sekund, pak povolte.
- stáhněte obě pátky hýždí k sobě, mírně zvedněte hýždě od podložky. Vydržte 3 sekundy, pomalu položte hýždě na postel a povolte (obr.).
- pokrčte DK, pomalu ji natáhněte až do úplného natažení a zpět pokrčte. Opakujte 3 až 5krát, zpět položte a totéž proveďte s druhou DK.
- pokrčte DK, přitáhněte špičku nahoru a propněte dolů. Opakujte 3 až 5krát, zpět položte, totéž proveďte i s druhou DK.
- zpevněte stehenní sval a současně tlačte zadní část kolena na postel. Vydržte 10 sekund, opakujte 10 x, totéž proveďte s druhou DK.
- polýbujte DK pomalu nahoru a dolů. Opakujte 10 x, totéž proveďte s druhou DK.
- kreslete nohou kruhy pár cm nad podložkou nejprve v jednom směru, poté ve druhém. Opakujte 10 x, totéž proveďte s druhou DK.



Cviky v sedu se svýšenými dolními končetinami (sed'te tak, aby úhel v kyčelním kloubu nebyl ostrý):

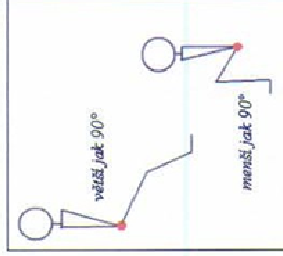
- přitáhněte špičky nahoru a propněte dolů. Cvičte s patou na podložce
- zvedněte patu nahoru a vraťte zpět dolů. Špička zůstává na podložce.
- přitáhněte špičku, patu suňte po zemi až do propnutí v kolenně. Vydržte 3 sekundy, vraťte nohu zpět do pokrčení a povolte špičku.
- stáhněte obě pátky hýždí k sobě. Vydržte 10 sekund, pak povolte.



A na závěr malý testik:

Jaké pohyby by neměl vykonávat člověk v nemocném kyčelním kloubu?

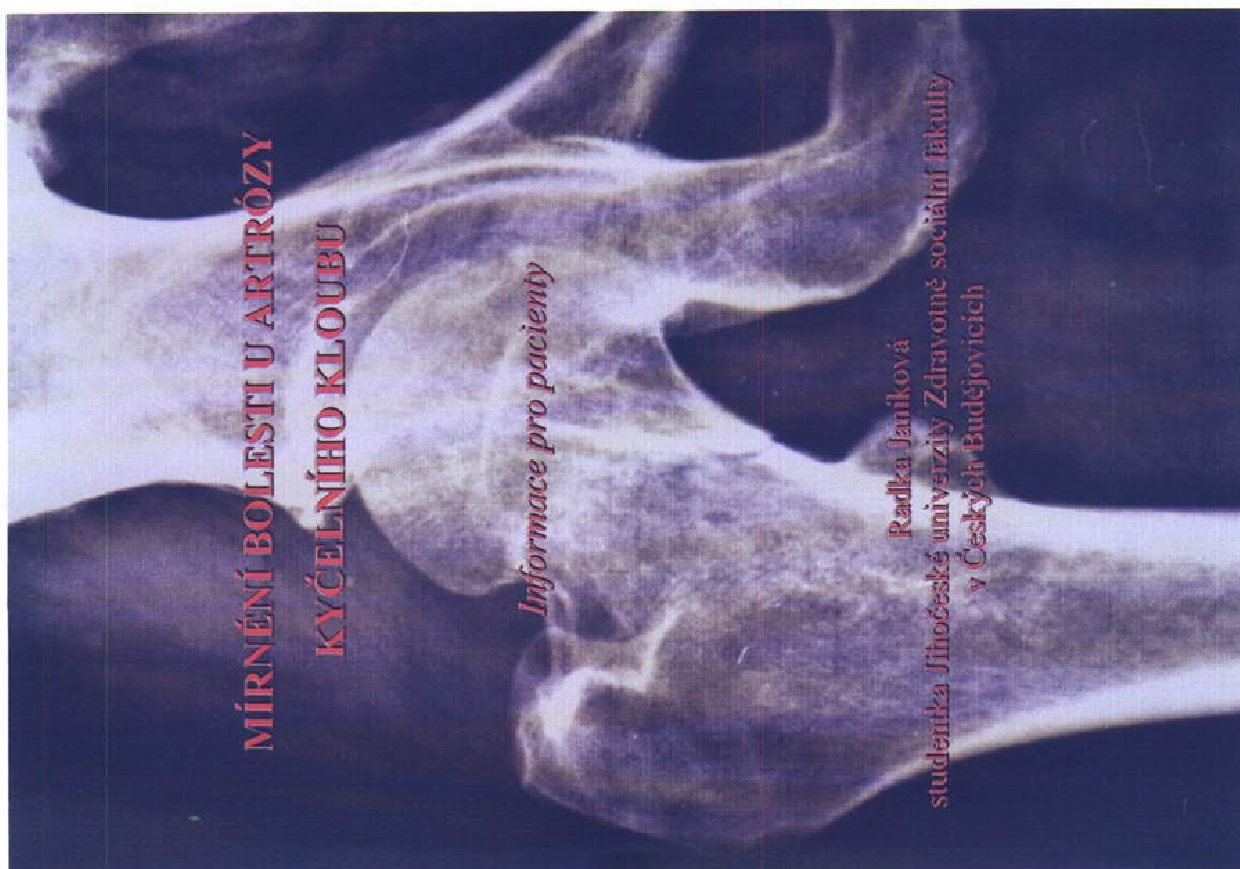
- přinožení
- unožení
- zevní vytočení kyčle
- vnitřní vytočení kyčle
- úhel ohnutí v kyčelním kloubu větší jak 90°
- úhel ohnutí v kyčelním kloubu menší jak 90°
- stoj se zkrácenýma nohama
- sed s nohu přes nohu



V případě, že budete mít zájem o více informací, požádejte sestru o obsáhlejší informační brožuru.

DĚKUJI ZA SPOLUPRÁCI

Radka Janíková,
studentka Jihočeské univerzity Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích



Autor: Radka Janiková,
studentka Jihočeské univerzity Zdravotně sociální fakulty v Českých
Budějovicích

Vedoucí práce: Mgr. Věra Stasková, R. N.,
odborná asistentka katedry ošetrovatelství na Jihočeské univerzitě v Českých
Budějovicích

Schwálil: MUDr. Miloslav Pítek, CSc.,
primář Ortopedie Nemocnice Třebíč

V Českých Budějovicích, 2009

Obsah

Úvod	
1. Artróza kyčelního kloubu	str. 5
1.1 Mírnění bolesti bez léků	str. 5
1.2 Snižení hmotnosti	str. 8
1.3 Rady k mírnění bolesti	str. 9
1.3.1 Jakým způsobem můžete šetřit svůj nemocný kyčelní kloub	str. 9
1.3.2 Pohyby šetřící nemocný a bolestivý kyčelní kloub	str. 11
1.4 Pohybový režim a cvičení	str. 12
1.4.1 Vhodné a nevhodné sporty a pohybová aktivita pro nemocný kyčelní kloub	str. 13
1.4.2 Malá cvičební sestava	str. 14
2. Seznam použitých zkratk	str. 15
3. Přílohy	str. 15
4. Seznam použitých zdrojů	str. 16

Vážení pacienti,

v souvislosti s psaním závěrečné Bakalářské práce na téma Role sestry v mírnění bolesti u nemocných s koxartrózou jsme pro Vás připravili, ve spolupráci s ortopedickou ambulancí v Třebíči, tuto informační brožuru.

Vzhledem k dlouhým čekacím dobám na poslední řešení zmírnění bolesti operační metodou - totální náhradou kyčelního kloubu, a snížení užívání léků ke zmírnění bolesti, které mají v mnoha případech při dlouhodobém užívání vedlejší nežádoucí účinky, je důležité, abyste znali a používali i další metody k mírnění bolesti. Snížením bolesti na minimum se zvýší Vaše sebepečí a soběstačnost.

Naši snahou je, abyste měli dostatek kvalitních informací a mohli se tak aktivně podílet na své léčbě.

Jsmo přesvědčeni, že poskytnuté informace Vám pomohou ulehčit tuto závažnou část Vašeho života.

Radka Janíková,
studentka Jihočeské univerzity Zdravotně sociální fakulty
v Českých Budějovicích

1. Artróza kyčelního kloubu

Kyčelní kloub se skládá z hlavice stehenní kosti a jamky pánevní kosti, které jsou pokryty kloubní chrupavkou umožňující hladký a bezbolestný pohyb kloubu (ob. r.1). Při artróze se stává povrch kloubu drsný a nepravidelný, což způsobuje bolest a ztuhlost. Nástup bolesti je postupný, v první fázi se objevuje pouze po námaze, její intenzita se však postupně zvyšuje, objevuje se stále častěji, a může vyústit i v bolesti klidové. Artróza je provázána sníženým rozsahem pohybu v kyčelním kloubu, postupující kloubní ztuhlostí a kulháním.

Artróza je onemocnění úzce související s Vaším životním stylem, způsobem Vašeho stravování a tělesnou hmotností, pohybovou aktivitou a její kvalitou a intenzitou, střídaním aktivity a odpočinku. Pro zmírnění nepříjemných příznaků, které artrózu provázejí je důležité pokusit se změnit svůj životní styl – zamezit přetěžování kyčelního kloubu zvýšenou tělesnou hmotností, přehnanou pohybovou aktivitou a nevhodnými pohyby. Až po této úpravě může přijít na řadu další léčba – režimová opatření, fyzikální léčba, léky, jako poslední řešení pak léčba operativní.

Je tedy nezbytné, aby jste se na léčbě Vašeho onemocnění podíleli i Vy sami. Můžete se naučit miment svůj bolest bez užívání léků, šetrit svůj nemocný kyčelní kloub a poradíme Vám i vhodné cviky, pro posílení svalů kyčelního kloubu.

1.1. Mírnění bolesti bez léků

Jistě víte, že léky pro zmírnění bolesti (nesteroidní antirevmatika – např. Ibuprofen, Diclofenac, ...) mají mnoho nežádoucích a vedlejších účinků, není je tedy vhodné užívat dlouhodobě a rozhodně je nelze doporučit k samoléčení artrózy, neboť mohou vést při dlouhodobém užívání k těžkému poškození zažívacího traktu. Tyto léky užívejte pouze po konzultaci s lékařem a jen v období opravdu velkých a nesnesitelných bolestí. Při užívání léků nezapomínejte číst jejich příbalové letáky!

Vhodnou alternativou je použití léků proti bolesti v podobě mastí a gelů. Jejich největší výhodou je, že nezatěžují organismus řadou nežádoucích a jiných nepříznivých vedlejších účinků, na rozdíl od tabletové formy.

Zde považujeme za nezbytné upozornit Vás na riziko užívání analgetických a antirevmatických léků, které vedle nežádoucích účinků, spočívá především v tom, že potlačují velmi důležitý ochranný signál bolesti, čím Vám dovolují pokračovat v nežádoucím přetěžování kloubu.

Léky však nejsou jediným způsobem, jak můžete svoji bolest zmírnit. Proto Vám nabízáme i další metody, které Vám mohou pomoci ulevit od bolesti.

Více pohybu a méně zátěže

Cvičení je nejúčinnějším prostředkem pro snížení bolesti kloubů, může být stejně účinné i potlačení bolesti jako podávání léků proti bolesti.



Obr.1: Kyčelní kloub

Vzhledem k Vašemu onemocnění pro Vás nejsou vhodná žádná náročná cvičení, neboť velká zátěž působí na artrotické klouby velmi nepříznivě. Pohyb je pro Vás však nezbytný a dobrý, přehnaná zátěž naopak špatná. Pravidelný pohyb s přiměřenou zátěží využívaje chrupavku, zpevňuje kloub a snižuje bolest. Každodenní cvičení na pár minut zabrání dalšímu omezení Vaší pohyblivosti.

Zvolte takové posilovací cvičení, které nevyvolává bolest v kyčelním kloubu. Nezapomínejte ani na posílení svalstva trupu, horních končetin a svaly neposílené dolní končetiny. Síla těchto svalů závisí na tom, jak budete schopni chůze o berličích.

Důležitý je také pohyb v odlehčené bolestivé kyčle. Toho dosáhnete chůzí s oporou pomocí berlí nebo francouzských holeí. Nejlepší je natrénovat si chůzi s oporou ve období, kdy máte pouze mírné bolesti, aby jste ji ve stádiu velkých bolestí nebo zánětu, kdy ji budete nejvíce potřebovat, měli již dobře zažitou.

V souvislosti se zátěží kontrolujte i svoji hmotnost, neboť i ta významně zatižuje Vaše klouby.

Při velkých bolestech a zánětu kyčelního kloubu postiženého artrózou, je naopak vhodné nemocný kloub zklidnit a odlehčit.

Ke zklidnění přispívá úlevová poloha (obr. 2), což je pozice, ve které je Váš kloub nejlépe odlehčen. Nejpriznivější pozicí je vždy poloohnutí. Toho dosáhnete tím, že uložíte končetinu do zvýšené polohy, nejlépe v leže nebo v polosedě, pod koleno si vložte polštářek. V období, kdy máte velké bolesti nebo zánět, neuvírejte se zejména prudkých a trhavých pohybů, které provokují jiný aktivní pohyb. Vyvarujte se zejména prudkých a trhavých pohybů, které provokují bolest.



Obr.2: Úlevová poloha

Klidové postavení nezaujímejte na delší dobu, neboť každý kloub má velký sklon ke ztuhnutí. Při úplném znehybnění a nečinnosti kloubu by mohlo dojít k nevratnému zkrácení přilehlých svalů a trvalému omezení rozsahu pohybu. Proto jakmile bolest trochu odezní, začněte kloub opatrně a pomalu rozevíchat, pohyb však nesmí vyvolávat bolest.

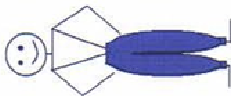
Při chůzi použijte pro odlehčení vycházkovou hůl, francouzské hole nebo berle. Pokud zvolíte hůl, noste ji na té straně, která leží naproti nemocnému kloubu.

Aplikace tepla a chladu

Teplu zajišťuje lepší prokrvení a uvolnění svalů, podporuje látkovou výměnu a zlepšuje rozsah pohybu. Můžete využít např. elektrické podušky, termosáčky, termofory, tepelné zářítce, infračervené světlo (solux), koupele ve vaně, slatinné, rašelinové nebo parafinové zábaly (ty jsou používané především v rehabilitaci a lázeňství). Pro zmírnění kloubní bolesti je vhodnější teplo vlhké, které zvyšuje podkožní teplotu více než suché teplo. Výborný je i Přesnitřivý obklad. K jeho přípravě použijte froté ručník namočený do studené vody, ten překryjte igelitkem a následně suchým froté ručníkem. Obklad ponechte na nemocném kloubu asi hodinu. Tento obklad nejprve chladí, poté se teplota vyrovná a následně hřeje. Výsledkem je zlepšené prokrvení kůže i tkání utoužených

bezprostředně pod ní, zvýšení látkové výměny a urychlení vstřebávání výpotku i otoku. Po sejmutí obkladu je nutné, abyste kloub rozhýbali a nechali ho v suchém teple. Proto je nejvhodnější doba aplikace těsně před spaním.

Udržujte své kyčelní klouby v teple, noste dlouhé teplé spodní prádlo, nejlépe z bavlny, která dostatečně odsává pot.



Chlad účinně tlumí bolest a zánět, zmenšuje otok a snižuje napětí svalů. Aplikace chladu se doporučuje i po namáhavém cvičení, jako prevence svalové bolesti.

Můžete jej aplikovat prostřednictvím obkladů, zábalů nebo k tomu účelu speciálně vyrobených sáčků.

Chladivý obklad získáte tak, že ponoříte do studené vody malý ručník. Ten lehce vyždímáte a přiložíte na postižený kloub. Lze využít i ledové obklady (nikdy však nepokládejte ledové kostky přímo na pokožku, aby nedošlo k omrzlinám, vždy je třeba led oddělit od pokožky např. ručníkem apod.). Aplikace chladivých obkladů by neměla přesáhnout 20 minut, můžete je přikládat až 5 krát za den.



Velmi účinný je také tvarohový zábal. Potřebujete obyčejný netučný tvaroh, ten rozprostřete na plátno, zchladte v ledničce a přiložte na postižený kloub. Tento zábal nechte působit nejméně půl hodiny.

Chladovou léčbu lze také kombinovat s farmaceutickými prostředky, např. různé lihové roztoky obsahující esence (francovka, atd.) nebo masážní chladivé masti a gely.

Vodol léčba

Sem patří nejen sprechování a koupele, ale i vířivé a perličkové lázně, vodní masáže, střiky, termální prameny atd. Záleží však na teplotě vody. Při bolesti a zánětu kloubu postiženého artrózou používejte především chladnější vodu. Vodol léčba je dostupná v rámci rehabilitace, při lázeňských pobytech (v některých lázních se specializují na léčbu artrózy, a to nejen vodol léčbou, ale i dalšími metodami), ale můžete ji provádět i sami doma pomocí sprchy nebo koupelemi s různými přísadami zakoupenými v drogerii či lékárně.

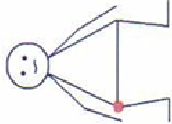
Mimo to můžete ve vodě i cvičit, což má výhodu především v odlehčení nemocné končetiny. Toto cvičení je velmi účinné při zvyšování rozsahu pohybu a funkce svalů.

Použití přírodních léčebných prostředků - balneoterapie

Jedná se o léčebné procedury ve formě koupeli nebo zábalů, které jsou dostupné především v lázních. Mezi přírodní léčivé zdroje patří minerální léčivé vody, kašovin (peloidy) a klima. Takže, až budete vybírat kam na dovolenou, zauvažujte i o možnosti pobytu v lázních, kde můžete nejen odpočívat, ale zároveň udělat něco pro zmírnění bolesti kyčelního kloubu.

Léčba ploché nohy.

Při artróze kyčelního kloubu se může objevit snížení podélné nebo příčné klenby nohy, což má výrazný vliv na způsob Vaší chůze. Plochá noha způsobuje vytažení kyčelního kloubu zevně, čemuž se snažíme v případě Vašeho onemocnění zabránit (Při tomto pohybu se ozývají bolesti, povolují vazy a svaly, které drží Váš kloub ve vhodném postavení. Po operaci pak může tímto pohybem dojít k vykloubení kloubní náhrady.). Proto je důležité zabránit vzniku a vývoji ploché nohy pomocí ortopedických vložek do bot.



1.2. Snížení hmotnosti

Máte-li nadváhu, je vhodná redukce hmotnosti, neboť nadváha představuje zbytečnou zátěž pro klouby a může Vaše potíže zhoršovat. O vhodnosti snížení váhy se poraďte s lékařem. Váhu totiž není dobré snižovat pár měsíců před operací, protože by mohlo dojít k tzv. jojo efektu, kdy by se Vaše váha po rychlém a nedávném zredukování opět zvýšila, což by komplikovalo Vaši pooperační rehabilitaci a zotavování. Tím by tedy Vaše předchozí snažení o snížení váhy přišlo v nitve.

Hmotnost je nutno snižovat pomalu a dlouhodobě, aby nedošlo k jojo efektu. Nejvhodnější je úbytek o 1 až 2 kg za měsíc. Což se Vám může zdát málo, ale i úbytek o 1 kg má svůj velký význam, protože 1 kg úbytku na tělesné hmotnosti znamená snížení tlaku na kyčel při chůzi o 3 kg! Navíc bylo prokázáno, že redukce váhy sama o sobě snižuje bolest.

Pro plánovanou operaci náhrady kyčelního kloubu je vhodné, aby jste splnili hmotnostní kritéria, jenž jsou uvedena v tabulce viz. příloha. Tato tabulka byla sestavena ortopedy z Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty v Hradci Králové, za účelem snížení pooperačních komplikací po náhradě kyčelního kloubu. Tabulku uvádíme pouze pro Vaši představu, ale byli bychom rádi, kdyby jste se nad svoji váhou zamysleli a pokusili se přiblížit těmto tabulkovým hodnotám. Samozřejmě se jedná o běh na dlouhou trať, proto pokud Vás čeká operace např. za půl roku, tak se můžete pokusit zredukovat Vaši váhu ideálně o 5 až 10 kg, více ani není vhodné, z důvodu již zmíněného jojo efektu. A pokud se Vám podaří pouze 1 nebo 2 kg i to je významné plus.

Cestou k úspěchu je vhodné stravování a pohyb. Snažte se zamezit dietním chybám a přehnanému množství jídla. Dodržujte vyváženou stravu, preferujte ovoce, zeleninu, potravin s vysokým obsahem vlákniny, vyvarujte se tzv. červených mas (hovězí, vepřové), konzumujte masa bílá (králičí, kuřecí, mořské ryby). Nezapomínejte ani na pitný režim, protože voda je hlavním zdrojem tekutiny, která zvlhčuje klouby. Nevhodné je pít velké množství kávy, čaje a alkoholu. Při redukci váhy nezapomínejte vzít v úvahu Vaše přidružená onemocnění, na něž má stravování vliv, např. cukrovka nebo vysoký krevní tlak. V tomto případě se vždy poraďte s lékařem o vhodnosti redukční diety a o způsobu, jak ji dodržovat a přitom dodržovat i dietu diabetickou nebo jinou.

Vhodným pohybem je pro Vás jízda na kole nebo rotopedu, která kromě podpory výšeje energie vedoucí ke snížení nadváhy zároveň podporuje i regeneraci kloubní chrupavky a skýtá i odlehčení kloubu. Výborné je i plavání a cvičení v bazénu, se

současným pravidelným cvičením zaměřeným na udržení a zvětšení rozsahu pohybu postižených kloubů. Existují i cvičení pro nemocné trpící artrózou jednotlivých kloubů, velmi pozitivně se však může projevit i zdánlivě nevelké zvýšení pohybové aktivity v podobě krátké vycházky či nepříliš náročné fyzické práce v domácnosti či na zahradě.

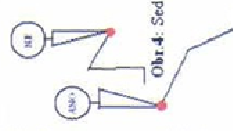
1.3 Rady k mírnění bolesti

Je třeba, abyste se vyvarovali nevhodných poloh, pohybů a aktivit, které vyvolávají nebo zhoršují Vaši bolest. Důležité je, abyste našli optimální způsob a velikost zátěžení kloubů, neboť příliš málo i příliš mnoho škodí. K čemuž Vám může posloužit jednoduchá pomůcka v rozhodování o množství zátěže, a tou je bolest, která plní funkci biologického signálu – pozor, chrupavky jsou přetěžovány.

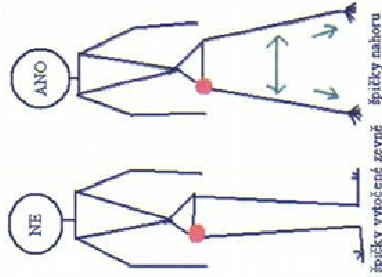
1.3.1 Jakým způsobem můžete šetřit svůj nemocný kyčelní kloub

- vyvarujte se násilného přinocení, zevního vytočení kyčle (obr.3)
 - dbejte na to, aby úhel v kyčelním kloubu nebyl menší než 90° (obr.4), a to nejen při sedu, ale i při ohýbání a dalších pohybech (proto nedělejte dřepy, neklečte, neshýbejte se a nepředklánějte)

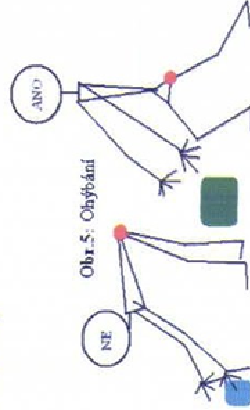
- ohýbání – podřep na zdravou DK, nemocnou DK zanožte dozadu (obr.5)
 - nedávejte nohu přes nohu, nekřížte DKK - v leže, v sedě, ve stoji



Obr. 4: Sed



špičky vytočené zvně
špičky nahoru
Obr.3: Vytočení kyčelního kloubu v leže



Obr.5: Ohýbání

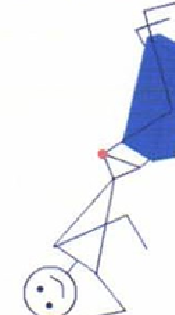
Chůze:

- nedoporučujeme Vám dlouhodobou chůzi i stání, chůzi po nerovném terénu
 - k chůzi nepoužívejte pantofle, používejte pohodlnou pevnou obuv, s plnou špičkou a patou, bez podpatku, s pružnou podrážkou (vhodná je např. sportovní obuv na ven, na doma bačkory)
 - neobouvajte si ponožky a boty sami, využijte pomůcky (podavač, navlékač punčoch, dlouhá lžice na boty,...)



Obr.6: Nástavec na WC

Sezení:
 - nesedejte si do nízkých, hlubokých a pohodlných křesel
 - přizpůsobte si výšku pracovní židle, na obyčejnou židli sedejte pouze s polštářem
 - zvyšte toaletní mísu tak, abyste zabránili velkému ohnutí v kyčelním kloubu (použijte speciální nástavec na WC, který můžete zakoupit ve zdravotnických potřebách) (obr.6)
 - vždy, když si sedáte natáhněte nemocnou DK před sebe
 - spěte na vyšším, pevném a rovném lůžku



Obr.7: abduční klín mezi kolena

Leh s abdučním klínem:
 - při ležení i sezení mějte nemocnou DK uhozenou - k tomu Vám pomůže abduční klín (obr.7), který můžete zakoupit v lékárně (stejně poslouží i polštář nebo naplň nafouknutý míč na plavání)
 - s abdučním klínem mezi kolena se přetáčejte v lůžku, ležte v poloze na boku i v poloze na zádech (ta je nejvhodnější pro zmírnění bolesti)

Bezpečnost:

- do koupelny a na WC nainstalujte madla (abyste se při vstávání mohli pevně opřít rukama)
 - nechodte po mokřem nebo kluzkém terénu!
 - odstraňte doma všechny volně ležící předměty a rohožky
 - při chůzi po schodech se věnujte chůzi, s níkým si nepovídejte a neohlížejte se (zabráníte tak případné ztrátě rovnováhy a pádu)
 - využijte ortopedické pomůcky pro odlehčení a zlepšení chůze - hůl, francouzské hole nebo podpažní berle, chodící aparát („chodítko“)
 - vhodné je i používání některých protetických a jiných pomůček, které jsou nezbytné v denním životě, např. nástavec na WC, sedačka do vany, protismykové hroty na berle, protiskluzné rohože, oblékač punčoch atd.

- střídějte polohy (sed - leh - chůze), alespoň jednou za 30 minut změňte polohu
 - nezanebávejte pravidelný pohyb - procházky, cvičení, vhodná je jízda na kole nebo rotopedu, plavání a cvičení v bazénu
 - nenoste předměty těžší než 5 kg, vhodné je používání maleého vozíčku či nákupní tašky s kolečky
 - věnujte pozornost únavě a nepřetečujte své síly
 - nezapomínejte na pravidelné kontroly u Vašeho lékaře, i když nemáte žádné obtíže
 - při obtížích vyhledejte lékaře

1.3.2 Pohyby šetřící nemocný a bolestivý kyčelní kloub

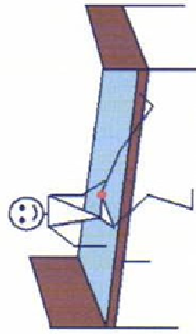
Tyto polohy a pohyby šetří Váš nemocný a bolavý kyčelní kloub. Využijete je v období bolesti či zánětu a budete je muset provádět po případné operaci náhrady kyčelního kloubu, aby nedošlo k vykloubení kloubní náhrady. Nyní (v období před případnou operací) je tedy vhodné se je naučit.

Správné ulehání na lůžko:

- dojděte k lůžku ze zdravé strany, pootočte se a přiblížte se k okraji lůžka zády, dokud se ho nedotknete,
- opřete se rukama co nejblíže za sebou o lůžko a pomalu se posadíte s mírně předsunutou nemocnou DK
- opřete se o zdravotnou DK a posunujte se pomalu hýžděmi po matraci šikmo vzad,
- nemocnou DK opatrně vysuňte na lůžko (obr.8),
- poté zvedněte na lůžko i zdravotnou DK.

Správné sesunutí z lůžka:

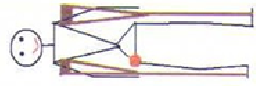
- posuňte se z lůžka na zdravé straně,
- pomalu se posadíte, spusťte zdravotnou DK na zem,
- opřete se rukama o lůžko,
- pomalu sesunujte nemocnou DK na zem (obr.8), kyčelní kloub nesmí být po celou dobu nadměrně ohnut,
- vzyčte se na zdravé DK a uchopte berle.



Obr.8: správné ulehání na lůžko, správné sesunutí z lůžka

Sed na židli i na WC:

- pro sed používejte vždy vyšší židli s pevným opěradlem, nejlépe s opěrkami rukou. Doporučíme použít na zvýšení sedáku pevnou podložku, například tuhou molitanovou desku nebo alespoň složenou deku. Nikdy si nesedejte do houpacího či nízkého křesla. Vždy zkontrolujte zda židle nemůže poodjet nebo se převrhnout.
- přiblížte se k židli pomalu zády, až se jí dotknete DK,
- opřete se rukama o opěrky,
- pomalu doseděte na sedátko s nataženou nemocnou DK,
- na židli se nikdy nepředklánějte!



Chůze s podpažními berlemi nebo francouzskými holemi:

Pro chůzi s berlemi nebo francouzskými holemi je důležitá jejich správné nastavení a kvalita.

Při chůzi se pevně vzeptejte na madlech berlí při současném natažení horních končetin a udržujte vzpřímený postoj. Nechodte s toporně propnutým kolenem.

- chůze s berlemi po rovině: nejdříve obě berle, pak nemocná DK, následuje zdravotná DK.

- chůze s berlemi do schodů: nejprve zdravotná DK, následuje nemocná DK, nakonec obě berle.

- chůze s berlemi ze schodů: nejdříve obě berle, pak nemocná DK, následuje zdravotná DK.

Osobní hygiena:

- nejlepší a nejjednodušší pro Vás bude používat sprchový kout opatřený madlem a protiskluznou podložkou. Takto vybarvený sprchový kout je nejběžnější a nejpohodlnější.
- koupelnu s klasickou vanou vybavte sedátkem do vany, madly či zábradlím, protiskluznou podložkou.
- na dno vany si nikdy nesedejte, raději zůstaňte stát jako ve sprchovém koutě nebo sedíte na sedátku (na sedátko si sedějte stejným způsobem, jako při ulehání na lůžko).
- při pohybu v koupelně buďte velmi opatrní, dejte pozor na kluzkou podlahu!

Židla autem:

- Při jízdě autem se rovněž vyvarujte velkého ohnutí v kyčelním kloubu.
- do auta nastupujte podobně, jako při ulehání na lůžko.
- na sedadlo položte polštář (pro pohodlnější sezení a udržení správného úhlu v kloubu), nemocnou DK mějte nataženou.

Sexuální aktivita:

Při všech pohybech je nutné, aby jste se vyvarovali pokrčení nemocné DK, vytvoření kyčle zevně a ohnutí kyčelního kloubu většího než 90°, výrazněji se nepředklánějte. Nevhodné je přinožení, unožení (obr.9) naopak nepřináší žádné riziko. Dalšími omezení není třeba. Vždy je zapotřebí ohleduplnosti partnera.

- ze zkušeností pacientů můžeme pro ženy doporučit:

- polohu na zdravém boku s polštářem mezi i kolena, s lehce pokrčenými DKK v kyčelních kloubech a partnerem za zády
- vyhovuje-li Vám, je možná i poloha na břiše
- další možnosti je poloha na zádech s unožením natažené nemocné DK (nevytáčet zevně!) se zdravotnou DK pokrčenou a vytvočenou zevně.



Obr.9: unožení

1.4 Pohybový režim a cvičení

Nejdůležitější je udržení postiženého kloubu v pravidelném pohybu, protože pohyb je nezbytný pro regeneraci kloubní chrupavky a její výživu. Chrupavka totiž přijímá výživu z kloubní tekutiny, která je při každém pohybu „masírována“ do chrupavčité tkáně. Vyloučíte-li pohyb v kloubu, omezíte výživu a tím i kvalitu a životnost chrupavky. Čím méně postižený kloub používáte, tím více se stává slabší a ztuhlejší a Vy se stáváte méně odolnými ke zvyšování aktivity. Pohyb však musí být přiměřený, kloub nesmí být dlouho v klidu ani nesmí být nadměrně zatížen.

Cílem cvičení je zlepšení omezené funkce vašeho kloubu, potlačení kloubní bolesti, zvýšení rozsahu pohybu a síly, normalizace chůze a usnadnění denních činností.

Pokud si s cvičením nevíte rady, požádejte lékaře nebo sestru, aby Vám doporučili fyzioterapeuta, který Vás naučí cvičit bezpečně.

1.4.1 Vhodné a nevhodné sporty a pohybová aktivita pro nemocný kyčelní kloub

Vhodné - veškeré sportovní aktivity spojené s nárazy, otřesy, doskoky a prudkými změnami poloh

- běh, basketbal, kopaná, tenis nebo squash, lyžování, horská turistika, jezdeckví, parašutismus, vzpírání....
- pohyb na tvrdém a nepruženém povrchu (asfaltové silnice, betonové dráhy, městské kamenné dlažby a chodníky)

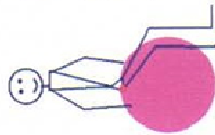


Obr. 11: cvičení s overballem

Vhodné



- chůze
- Nordic Walking *
- jízda na kole nebo rotopedu
- plavání a pohyb ve vodě
- Pilates **
- cvičení na velkém gymnastickém míči (obr.10)
- cvičení s malým míčem - overballem (obr.11)
- tchaj - čchi, jóga
- rehabilitace - LTV (léčebná tělesná výchova)



Obr. 10: cvičení na velkém míči

* *Nordic Walking* (obr.12) je velmi jednoduchá, přirozená forma pohybu. Ide o aktivní chůzi v pravidelném rytmu, kde jsou do jednoho pohybu zapojeny ruce i nohy, čehož je dosaženo pomocí speciálních holí. Nordic Walking je zvláště doporučován při kloubních potížích v kyčlech a kolenou. Také je vhodným prostředkem hubnutí pro lidi s nadváhou, trénuje srdeční činnost, zvyšuje výkon oběhového systému a celkovou vytrvalost. Navíc představuje bezpečnou možnost pohybu pro starší lidi, neboť díky opoře těla o hole získají starší lidé jistotu i při chůzi po velmi nerovném terénu.



Obr. 12: Nordic Walking

** Pilates - „líný aerobik“

Pilates (obr.13) je jedinečný systém protahovacích a posilovacích cvičení, nezatežuje příliš kardiovaskulární systém, upravuje krevní tlak, pomáhá aktivovat zpomalující se látkovou přeměnu organismu (u žen pomáhá v boji proti osteoporóze) a při vhodném výběru cviků pomáhá udržet aktivní svaly a vitality až do vysokého věku. S tímto tělesným cvičením se posilují a formují svaly, výrazně se zlepšuje držení, pružnost a obnovává tělo. Pilates pomáhá udržet zdraví, zpevňuje tělo a tím přispívá k odstranění bolesti beder, kloubů a k vyrovnání svalové nerovnováhy vznikající jednostranným nebo naopak nepřiměřeným zatěžováním.

Cvičení neobsahuje žádné prudké, rychlé ani trhavé pohyby. Jedná se o jakési „plovoucí pohyby“, jenž rychlostí připomínají pohyb pod vodou.

Pilates doporučujeme cvičit nejprve pod odborným vedením. Pro správné a efektivní cvičení je nezbytné naučit se cviky provádět správně, najít správnou míru, nepřeceňovat své síly a cvičit pouze do mírné únavy.

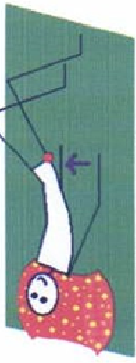
1.4.2 Malá cvičební sestava

Cviky, které jsou vhodné před operací k posílení svalstva, jsou tytéž cviky, které budete provádět i po operaci.

S cvičením je nejlepší začít hned po probuzení ještě před tím, než vstanete z lůžka a zatížíte klouby. Na cvičení se obléčte pohodlně, dbejte na zakrytí kyčelních kloubů, abyste při cvičení neprochladli. Cvičte nejlépe 2-3 krát během dne. Pokud Vám určitá cvik provokuje či zhoršuje bolest, necvičte je.

Zde uvádíme některé cviky pro inspiraci.

- Cviky v lehu na zádech (tyto cviky můžete provádět na lůžku) - vždy prostrčíte obě DK:
 - přitáhnete špičky nahoru a propnete dolů
 - přitáhnete špičky nahoru, zatlačte kolena dolů do postele. Vydržte 10sekund, pak povolte.
 - pomalu pokrčte DK a zpět natahnete.
 - propnete koleno, přitáhnete špičky nahoru a nataženou DK suňte do strany a zpět.
 - stáhněte obě pánve k sobě. Vydržte 10 sekund, pak povolte.
 - pokrčte DK, stáhněte obě pánve k sobě, mírně zvedněte hýždě od podložky. Vydržte 3 sekundy, pomalu položte hýždě na lůžko a povolte (obr.14).
 - pokrčte DK, pomalu ji natahnete až do úplného natažení a zpět pokrčte. Opakujte 3 až 5krát, zpět položte.



Obr. 14: zvedání pánve od podložky

- pokrčte DK, přitáhněte špičku nahoru a propněte dolů. Opakujte 3 až 5krát, zpět položte, zpevněte stehenní sval a současně tlačte zadní část kolena na lůžko. Vydržte 10 sekund, opakujte 10 x.
- pohybujte nataženou DK pomalu nahoru a dolů. Opakujte 10 x.
- kreslete nataženou DK kruhly pár cm nad podložkou nejprve v jednom směru, poté ve druhém. Opakujte 10 x.

Cviky v sedu se svěřenými dolními končetinami (sedíte tak, aby úhel v kyčelním kloubu nebyl ostrý – pod 90°)

- přitáhněte špičky nahoru a propněte dolů. Cvičte s patou na podložce (obr. 15).

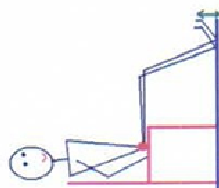
- zvedněte patu nahoru a vraťte zpět dolů. Špička zůstává na podložce.

- přitáhněte špičku, patu suňte dopředu po zemi až do

- propnutí v kolenně. Vydržte 3 sekundy, vraťte nohu zpět do

- pokrčení a povolte špičku.

- stáhněte obě puky hýždí k sobě. Vydržte 10 sekund, pak povolte.



Obr. 15: přitahování a propínání špiček

2. Seznam použitých zkratk

DK dolní končetina

DKK dolní končetiny

3. Přílohy – Váhová tabulka pro plánovanou operaci náhrady kyčelního kloubu

cm	kg	cm	kg	cm	kg
150	55	168	74	185	93
151	56	169	75	186	94
152	57	170	77	187	95
153	58	171	78	188	95
154	59	172	79	189	97
155	60	173	80	190	99
157	61	174	81	191	100
158	62	175	82	192	101
159	63	176	83	193	102
160	66	177	84	194	103
161	67	178	85	195	104
162	68	179	86	196	105
163	69	180	88	197	106
164	70	181	89	198	107
165	71	182	90	199	108
166	72	183	91		
167	73	184	92		

Zdroj: Karpas, str. 18

4. Seznam použitých zdrojů

- ČAPKOVÁ, J. Metody cvičení u koxartrózy. [cit. 2008-12-01]. Dostupné z: http://www.he-vsetin.cz/fik/semi/baka_jan.htm.
- DAVIES, K., CAMPBELL, A. Příručka pro záda, klouby a vše co vás bolí. 1. české vydání. Přeložila: Vilimovská, J. Praha: Nakladatelství Svojtka & Co, s.r.o., 2006. 208 s. ISBN 80-7352-410-4.
- DUNGL, P. et al. Ortopedie. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8.
- HNÍZDIL, J., ŠAVLIK, J., BERÁNKOVÁ, B., TÝKALOVÁ J. Artróza v psychosomatickém přístupu - artróza kyčelního kloubu. 1. vydání. Praha/Kroměříž: Triton, 2007. 47 s. ISBN 80-7254-913-8.
- HORČIČKA, V. Revmatologie - minimum pro praxi. 1. vydání. Praha: Triton, 1999. 124 s. ISBN 80-7254-056-4.
- JAVŮREK, J. Život s artrózou. 1. vydání. Praha: Grada, 1996. 144 s. ISBN 80-7169-313-8.
- KARPAŠ, K. Operace endoprotézy kyčelního kloubu - informace pro pacienty. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus HK, 2004. 20 s. ISBN 80-86225-62-3.
- KOUDELA, K. et al. Ortopedie. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2003. 281 s. ISBN 80-246-0654-2.
- PAVELKA, K. Syndrom bolesti u osteoartrózy. Bolest – časopis pro studium a léčbu bolesti. Ročník 3, 2000, číslo 3. [cit. 2008-12-12] Dostupné z : <http://www.figis.cz/bolest/PDF/Bol300.pdf>.
- POKORNÝ, D. Artróza. 1. české vydání. Praha: Nakladatelství Vašut, 2000. 32 s. ISBN 80-7236-184-8.
- Přehled teoretických poznatků - Obecná část - Artróza. [cit. 2008-11-26]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/51120/f_b/9a_dal.pdf.
- SOSNA, A., POKORNÝ, D., JAHODA, D. Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 58 s. ISBN 80-7254-302-4.
- Totální endoprotéza kyčelního kloubu. [cit. 2008-11-03]. Dostupné z: <http://www.orthes.cz/hip.htm>.
- TRNAVSKÝ, K., KOLÁŘIK, J. Onemocnění kloubů a páteře v praxi. vydání. Praha: Galén, 1997. 417 s. ISBN 80-85824-65-5.
- VYSUŠILOVÁ, H. Pilates – balanční cvičení. 1. vydání. Praha: ARSCI, 2003. 136 s. ISBN 80-86078-32-9.



V případě dotazů se obraťte na lékaře nebo sestru.

Příloha 11 Edukační plán

Cíl:

- Poskytnout nemocným informace o nežádoucích účincích léků, způsobech přetěžování kyčelního kloubu, způsobech šetření kyčelního kloubu, důležitosti pohybové aktivity,...
- Naučit nemocné pracovat s edukačním materiálem, seznámit je s informační brožurou
- Naučit nemocné vhodné polohy, pohyby, chůzi o berlích, způsoby mírnění bolesti...

Místnost: 2. ambulance Ortopedie Třebíč

Pomůcky: VAS pravítko, edukační materiál, informační brožura, francouzské hole, židle, abdukční klín, polštář na židli

Skupina edukovaných: 10 nemocných s koxartrózou, kteří navštívili Ortopedickou ambulanci v Třebíči dne 9.2.2009

Čas: 30 – 45 minut

1. fáze: Diagnostika: diagnostický rozhovor 9.2.2009 (individuálně s každým nemocným, v oddělené místnosti)

- Zjistit, jakým způsobem nemocní s koxartrózou vyhledávají informace
- Zmapovat, jakými informacemi nemocní s koxartrózou v oblasti mírnění bolesti disponují
- Zjistit míru bolesti na VAS
- Vyhodnocení rozhovoru => zaměření edukace

2. fáze - aplikace: 13.2.2009 (skupina edukovaných - 10 vybraných nemocných, v edukační místnosti)

- Předání edukačního materiálu, informační brožury
- Práce s edukačním materiálem
- Naučit nemocné chůzi o berlích, seznámit je s abdukčním klínem, ukázat jim některé vhodné cviky

- Informovat, jak mají doma pracovat s edukačním materiálem, pro doplnění předat informační brožuru
- Předat kontakt a domluvit si další schůzku na 20.3.2009

3. fáze - zpětná vazba: 20.3.2009 (skupina 10 vybraných nemocných, v edukační místnosti)

- (Formou diskuse – výměna názorů, zkušeností, + individuální rozhovor)
- Zjistit, co si nemocní pamatují z ústního předání informací z minulého setkání (zopakování si něčeho z minulého setkání - správné ohýbání, správné sezení, doporučená rychlost snižování váhy,...)
- Zjistit, jaké role, z pohledu nemocných, vykonává všeobecná sestra
- Zjistit, zda nemocní využívají edukační materiál x informační brožuru, jejich efekt, jak na ně působila edukace.
- Zjistit, co nemocné zaujalo – edukační materiál, cvičení, informační brožura, edukace samotná.
- Zjistit spokojenost nemocných s edukací, edukačním materiálem, informační brožurou.
- Zjistit, co nemocným nejvíce pomohlo – edukační materiál, cvičení, informační brožura, edukace samotná?
- Zjistit, zda měli potřebu dalších informací - zda je někdo vyhledal prostřednictvím informační brožury, popř. zda ještě něco chybí
- Zjistit míru bolesti na VAS
- Zjistit, co nemocní sami vyzkoušeli

Vlastní zdroj

Příloha 12 Váhová tabulka na TEP

Tato tabulka byla sestavena lékaři Ortopedické kliniky Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty v Hradci Králové, za účelem snížení počtu pooperačních komplikací po operaci náhrady kyčelního kloubu a za účelem efektivního snížení předoperačních vyšetření. Karpaš, přednosta Ortopedické kliniky v Hradci Králové tvrdí, že je zcela zbytečné a neefektivní provádět předoperační vyšetření, pokud pacient převyšuje hmotností kritéria. V případě nesplnění hmotnostních kritérií prudce vzrůstá procento pooperačních komplikací.

cm	kg	cm	kg	cm	kg
150	55	168	74	185	93
151	56	169	75	186	94
152	57	170	77	187	95
153	58	171	78	188	96
154	59	172	79	189	97
155	60	173	80	190	99
157	61	174	81	191	100
158	62	175	82	192	101
159	63	176	83	193	102
160	66	177	84	194	103
161	67	178	85	195	104
162	68	179	86	196	105
163	69	180	88	197	106
164	70	181	89	198	107
165	71	182	90	199	108
166	72	183	91		
167	73	184	92		

Převzato z: KARPAŠ, K. *Operace endoprotézy kyčelního kloubu - informace pro pacienty*. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus HK, 2004. 20 s. ISBN 80-86225-62-3. s. 18.