

Život pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu

Zuzana Šťastná

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Zuzana Šťastná
Osobní číslo: H22170
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Život pacienta po totální endoprotéze kyčle

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti života informanta po totální endoprotéze kyčelního kloubu.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr informantů.
Realizace kvalitativního výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru s informanty.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků kvalitativního výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

DOSBABA, Filip; KRÍŽOVÁ, Dagmar a HARTMAN, Martin. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-1050-6.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.

LIBOVÁ, Ľubica; BALKOVÁ, Hilda a JANKECHOVÁ, Monika. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2466-4.

MAREŠ, Jiří a KEBZA, Vladimír (ed.). *Psychologie zdraví*. Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-247-4411-7.

TOKGOZ, Emre. *Total Hip Arthroplasty*. Cham: Springer International Publishing, 2022. ISBN 9783031089275.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Šalenová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá tématem zaměřeným na život pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Hlavním cílem je zjistit subjektivní vnímání participantů a jejich prožívání kvality života po totální implantaci kyčelního kloubu. Práce je rozdělena do dvou částí. První, teoretická část se zaměřuje na posuzování kvality života, dále se věnuje totální endoprotéze kyčelního kloubu – její indikaci, artróze, možnostem léčby, typům endoprotéz, možným pooperačním komplikacím a následné rekonvalescenci. Praktická část obsahuje kvalitativní analýzu individuálních výpovědí participantů, kteří již výkon totální endoprotézy podstoupili. V závěrečné části jsou informace vyhodnoceny.

Klíčová slova: kvalita života, artróza, totální endoprotéza kyčelního kloubu, rekonvalescence, rehabilitace,

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the lives of patients after total hip arthroplasty. The main objective is to explore participants subjective perception and experience of quality of life after total hip replacement and how this experience affects their everyday activities. The thesis is divided into two parts. The first part provides a theoretical overview of quality of life and total hip arthroplasty. It also covers the indications for surgery, osteoarthritis, treatment options, types of prostheses, possible postoperative complications and the recovery. The practical part presents an analysis of individual statements by analysis of semi-structured interviews with participants who have already undergone total hip replacement. In the final section, the informations are evaluated.

Keywords: quality of life, osteoarthrosis, total hip replacement, recovery, rehabilitation

Poděkování

Ráda bych zde tímto poděkovala mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Evě Šalenové za odborné vedení, trpělivý přístup a cenné rady. Také bych ráda poděkovala mé rodině a blízkým za jejich podporu a trpělivost během celého mého studia a také všem participantům, kteří se zúčastnili mého výzkumu a byli ochotni semnou spolupracovat a podělit o jejich zkušenosti.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 KVALITA ŽIVOTA.....	13
1.1 OBJEKTIVNÍ A SUBJEKTIVNÍ POJETÍ.....	14
1.2 PŘÍSTUPY KE KVALITĚ ŽIVOTA	14
1.3 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA V OŠETŘOVATELSTVÍ	15
2 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU	18
2.1 INDIKACE	18
2.2 ARTRÓZA	19
2.3 DIAGNOSTIKA.....	20
2.4 LÉČBA	21
2.5 TYPY ENDOPROTÉZ.....	23
2.6 KOMPLIKACE.....	25
3 REKONVALESCENCE	28
3.1 POOPERAČNÍ OBDOBÍ.....	28
3.2 REHABILITACE	29
3.3 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
4 VÝZKUM A METODIKA	33
4.1 CÍLE VÝZKUMU	33
4.2 TECHNIKA A DESIGN VÝZKUMU	34
4.3 SBĚR DAT A CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	36
5 ANALÝZA DAT.....	37
5.1 KATEGORIE Č. 1: ŽIVOT PŘED OPERACÍ	38
5.2 KATEGORIE Č. 2: DOPADY NA PSYCHIKU	39
5.3 KATEGORIE Č. 3: ROZHODNUTÍ	39
5.4 KATEGORIE Č. 4: REKONVALESCENCE.....	40
5.5 KATEGORIE Č. 5: KAŽDODENNÍ ŽIVOT	41
5.6 KATEGORIE Č. 6: „JAK JE TO TEĎ A CO BUDE DÁL?“	42
6 DISKUZE	44
6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	46
ZÁVĚR	47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	49

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	52
SEZNAM PŘÍLOH.....	53

ÚVOD

Totální endoprotéza kyčelního kloubu je jednou z nejčastějších operací v ortopedii. Díky tomuto zákroku jsou operatéri schopni téměř s jistotou navrátit pacientům jejich původní kvalitu života, jakou měli před obtížemi s kyčelním kloubem. Hlavním faktorem, omezujícím život před výkonem, jsou především bolest a z ní vyplývající omezení hybnosti, problémy se sezením, obtíže ve spánku. Tyto komplikace je však možné pomocí totální endoprotézy řešit.

Nejčastější příčinou komplikací a indikací k operačnímu výkonu jsou artrózy kloubů, ale také traumata v oblasti kyčelního kloubu. Tyto změny na kloubech, především artrózy, jsou v dnešní době častějším úkazem, jelikož se populace dožívá vyššího věku a aktivní život se prodlužuje. Dalším přínosem pro častou operativu je také skutečnost, že moderní medicína zvládá překonat větší množství faktorů, které bývaly v dřívějších dobách brány jako kontraindikace k operačnímu výkonu.

V rámci toho podstupuje výkon větší množství aktivních lidí, kteří vyžadují návrat do aktivního, pracovního nebo sportovního života, který je jim v důsledku artrózy kyčelního kloubu znemožněn.

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je logicky rozdělena na čtyři kapitoly, z nichž první se zabývá interpretací kvality života, především v rámci jejího hodnocení v ošetrovatelství. Druhá kapitola je věnována totální endoprotéze kyčelního kloubu, kde se zabývá indikací, artrózou, jakožto nejčastější indikací, diagnostikou, samotným průběhem výkonu, typy endoprotéz a možnými komplikacemi. Ve třetí kapitole rozebírá rekonvalescenci, rehabilitaci a režimová opatření po operačním výkonu. Praktická část je provedena pomocí kvalitativního šetření. Tento výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pěti participanty a jejich výpovědi byly následně za použití otevřeného kódování analyzovány. Hlavním cílem výzkumu bylo zjištění subjektivního vnímání pacientů a prožívání kvality života po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je pojmem, který se již několik desítek let užívá jak ve veřejném světě, tak především i v odborné společnosti. Je oblíbeným termínem, jak u politiků, kdy na sebe vztahuje aktivity, pomocí kterých přímo, či nepřímo poukazuje na lidskou existenci, tak je také spojován s řádným zajišťováním péče ve zdravotnických zařízeních. (Vymětal, 2010, s. 215)

V dnešní době se v moderní medicíně i ošetrovatelské péči především klade důraz na udržení či znovunavrácení kvality života na co možná nejvyšší možnou úroveň. (Vymětal, 2010, s. 215)

Přitom ještě před několika desetiletími se v lékařském a zdravotnickém výzkumu hlavně nahlíželo na výsledky medicínského a biomedicínského významu, a ne na to, jak kvalitní život se pacientovi navrátil. (Haraldstad, et al., 2019, s. 2644-2650)

I přes nenahraditelnou funkci a důležitost kvality života v medicíně a zdravotnictví není dána jednotná definice tohoto termínu, jelikož se jedná o složitý a komplexní pojem a vedou se stále debaty o tom, co by mělo být zahrnuto do jeho měření. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je jedna definice nastíněna: „*Subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem.*“ Lze ji tedy taky chápat, jako subjektivní míru, ve které je člověk sám se sebou spokojen a v které je schopen žít dle vlastních představ. (Národní zdravotnický informační portál, © 2025)

V rámci medicíny a zdravotnictví lze také na kvalitu pohlížet dle definice zdraví WHO a ta zní: „*Stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody.*“ (Vymětal, 2010, s. 216) Touto definicí je vyvrácen pohled praktickou medicínou na zdraví. Zdravým by měl být pouze pacient, u kterého nebyly zjištěny žádné příznaky, a tedy zdiagnostikovány žádné nemoci. (Mareš et al., s. 2024) Potom tedy kvalita života odpovídá fyzické, psychické i sociální pohodě jedince a již nezáleží na tom, zda je hodnocena samotným jedincem, či okolím. (Vymětal, 2010, s 216)

Definování špatné kvality života je možno při výskytu diskomfortu, bolesti, snížené fyzické aktivity a celkové nespokojenosti se životem. Naopak je to poté při prožívání subjektivně dobré kvality života. (Bártlová, 2005, s. 89)

1.1 Objektivní a subjektivní pojetí

V ošetrovatelství a v medicíně se setkáváme se základním rozdělením kvality života, jako ve vědách sociálních, a to na objektivní a subjektivní. Jako hlavní cíl si ošetrovatelství klade vzájemný vztah obou komponent kvality. (Gurková, 2011, s. 58)

Toto rozdělení je významné při procesu adaptace, která naopak poukazuje na důležitou roli rozdělení na objektivní a subjektivní kvalitu života při jeho hodnocení a díky několika výzkumům dokazuje, jak tenká hranice mezi objektivním a subjektivním hodnocením je. (Gurková, 2011, s. 60)

V objektivním pojetí kvality života jsou důležité požadavky zaměřující se na sociální a materiální aspekty lidského života, postavení ve společnosti a neposledně i na samotné fyzické zdraví. Na objektivní hodnocení také působí ekonomické a enviromentální podmínky, které ovlivňují rozvoj lidí. (Vymětal, 2010, s. 214-215)

Kvalita života je subjektivně hodnocena z pohledu jednotlivce. Záleží na tom, jak je člověk spokojený se svým životem, a to především z hlediska svých vlastních emocí a osobního prožívání. Hodnotí své postavení ve společnosti, kultuře, hodnotovém systému a podle svých vlastních cílů, očekávání a životního stylu. (Vymětal, 2010, s. 215)

V rámci subjektivního hodnocení kvality života hraje také velkou roli pohled na spiritualitu a inteligenci samotného jedince. (Naveen, 2023, s. 39)

Úroveň spokojenosti samotného jedince bude také souviset s jeho zdravotním stavem, společenskými vztahy a s tím, zda je přesvědčený o smysluplnosti jeho života. (Vymětal, 2010, s. 215)

1.2 Přístupy ke kvalitě života

Přístupy ke kvalitě života jsou rozděleny do dvou oblastí, kdy první z nich přistupuje ke kvalitě života jako ke konstruktu, kde se nahlíží na celou populaci a druhý je čistě individuálním přístupem. (Gurková, 2011, s. 24)

První přístup je využíván k hodnocení jednotlivých vrstev společnosti, poukazuje na to, jak se daří společnosti jako celku a jsou zde čistě využívány data z objektivního hodnocení kvality života.

Druhý přístup poskytuje náhled na jednotlivce, především se zabývá subjektivní pohodou a prožíváním. (Gurková, 2011, s. 24) Při pohledu na tento přístup je možno jej

označit za holistický, jelikož pohlíží na jednu osobnost v celkovém jejím pojetí. Nevymezuje se tedy pouze na jednu oblast, ale na to, že nejsou-li uspokojeny všechny potřeby, není život jedince brán jako kvalitní. Zabývá se také třemi hlavními pilíři, a to jsou: být, náležet a realizovat se. (Šamánková et al., 2011, s. 31)

Jakožto individuální pohled na kvalitu života lze druhý přístup rozdělit na další tři metodologické pohledy, které se rozvíjely spolu s vývojem kvality života a uvědomováním si jeho významu. První pohled je psychologický, zde je důraz kladen na pocity jedince (spokojenost, pohoda, štěstí, smysl života atd.). Jako další je pohled sociologický, zaměřený na sociální a ekonomické atributy života, jak z pohledu okolí, tak převážně dle hodnocení vlastní socioekonomické situace samotným jedincem a je také možné ji chápat jako životní úroveň. V neposlední řadě je také pohled z medicínského hlediska. (Gurková, 2011, s. 30)

Definuje kvalitu zdraví, a proto je využíván v ošetrovatelství. (Gurková, 2011, s. 24)

V rámci ošetrovatelské péče je kvalita života úzce spjatá s kvalitou péče a s efektivní léčbou. Při jejím měření je možno využívat velké spektrum nástrojů a je možno ke specifickým skupinám, onemocněním a dalším vybrat specifické nástroje. (Gurková, 2011, s. 116–117)

Pro ošetrovatelství se přihlíží při hodnocení kvality života také na hodnocení zdraví. Zaměřuje se na hodnoty při různých zdravotních stavech, díky kterým se dostává k hodnotným výsledkům zdravotnických technologií a postupům. (Karimi et al., 2016, s. 645-649)

1.3 Hodnocení kvality života v ošetrovatelství

Díky pochopení kvality života a jejího měření je možné upravit a zlepšovat léčbu i péči, napomáhat k úlevě od symptomů přinášných nemocí (jako je především bolest) a urychlovat rekonvalescenci. Hodnocení kvality života je také využíváno ve výzkumných procesech, kdy se díky zhodnocení přijde na to, že daná terapie nepřináší žádné výsledky a pomáhá odhalit problémy a následky dané léčby. (Haraldstad et al., 2019, s. 2644-2650)

Hodnocení se také stalo hlavním ukazatelem úspěšnosti terapie a zaujímá hlavní roli v prognostice. V klinických studiích bylo zapotřebí zavést rutinní hodnocení kvality života díky jeho schopnosti předvídat, zda je pacient léčbu schopen přežít, nebo ne. (Haraldstad et al., 2019, s. 2644-2650)

Ve zdravotní péči se jako základní hodnotící konstrukt využívá tzv. Health-Related Quality of Life (nadále již jako HRQoL). (Gurková, 2011, s. 30)

V systému HRQoL jsou podstatné dvě domény, na kterých celé posouzení stojí. Jako první je šestá doména, která se zabývá duševním zdravím, bolestí, omezením rolí a poté také pátá doména, která rozebírá mobilitu, každodenní činnosti, péči o sebe, úzkosti a depresi. Zdravotní aspekty kvality života a ani způsob, jak je kvalita života ovlivněna zdravím, není touto metodou hodnocena, jelikož by to znamenalo, že by se jednalo o podoblast kvality života. (Karimi et al., 2016, s. 645-649)

Dotazníky HRQoL jsou především zaměřeny na popis zdraví pomocí možnosti fungovat a pocitu pohody, ale přes to je velmi těžké rozlišit rozdíl mezi HRQoL a kvalitou života, jelikož hranice mezi těmito dvěma odvětvími je velmi tenká. Lze však dobře využívat k prokázání toho, jak zdraví a zdravotní stav ovlivňuje samotnou kvalitu našeho života. (Karimi, 2016, s. 645-649)

HRQoL lze definovat jako hodnotu, která je připisována životu ovlivněnému jistým onemocněním, funkčním či sociálním stavem, zraněním, poruchou nebo léčbou. Dle evropské definice lze v HRQoL nacházet pacientův subjektivní pohled na to, jak jeho nemoc nebo léčba ovlivňuje každodenní život, kam se řadí i psychické, somatické a sociální fungování a pohoda. Většinu autorů také mnohem více zajímá kvalita života lidí trpících určitou nemocí, a ne u jedinců zdravých. (Mareš et al., 2024, s. 441)

Měření HRQoL se nevyužívá pouze k posouzení kvality života pacienta při nemoci, ale také během léčby, její vliv na kvalitu jejich života i po léčbě. Lze jej použít jako individuální posouzení změn v kvalitě života dle samotného pacienta. (Mareš et al., 2024, s. 444)

V rámci měření kvality ošetrovatelské péče existují dle O'Connorové tři faktory, které ovlivňují subjektivní hodnocení jejich objektivních podmínek a mělo by být v zájmu na ně brát ohled. Ovlivnitelné jsou životními zkušenostmi pacienta, osobnostními faktory (např: extrovert/introvert) a možné zdravotní komplikace, díky nimž je naše vnímání pohody do jisté míry ovlivněné. (Gurková, 2011, s. 61)

Pro hodnocení kvality života byl ve spolupráci patnácti mezinárodních center vyvinut nástroj WHOQOL. Jeho cílem bylo vytvořit univerzálně použitelný systém hodnocení, který zohledňuje kulturní rozdíly, neboť většina stávajících přístupů je ovlivněna specifiky jednotlivých kultur. (World Health Organization, © 2025)

Jedním z častých témat při zkoumání kvality života je životní styl jedinců, zejména jejich stravovací návyky, kouření a úroveň fyzické aktivity. Zejména fyzická aktivita bývá často spojována jak s fyzickou, tak i psychickou složkou kvality života. Výzkumy

opakovaně prokazují pozitivní vztah mezi fyzickou aktivitou a vnímanou kvalitou života. Výrazné zlepšení psychického zdraví v souvislosti s fyzickou aktivitou bylo zaznamenáno především u starších žen. (Pucci et al., 2012, s. 166–179)

2 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU

V dnešní době se totální endoprotéza kyčelního kloubu (nadále již TEP) stala jednou ze základních operací moderní ortopedie, jejíž význam narůstá se stoupající délkou průměrného lidského života. (Dungl et al., 2014, s. 758)

Jedná se o poslední terapeutickou možnost k řešení bolesti kyčelního kloubu a návratu do plnohodnotného běžného života po neúspěšné konzervativní léčbě. (Libová, 2022, s. 16)

V rámci sedavého stylu života lze podle aktuálních studií předpokládat, že do roku 2024 potřeba náhrady kyčelního kloubu celosvětově stoupne o více než 280 %. Proto je velmi důležité dbát na časnou indikaci k operaci a předcházení pooperačních komplikací. (Černý et al., 2022, s. 200)

Velkou roli TEP pro zlepšení kvality života pacientů a pro rozvoj ortopedie lze také vypočítat z faktu, že zavedením tohoto výkonu do praxe došlo k vymizení všech výkonů používaných v osmdesátých letech dvacátého století. Tyto dnes již zapomenuté výkony napomáhaly od bolestí a ke zlepšení hybnosti velkých nosných kloubů, jejich výsledky byly však nesrovnatelně horší než výsledky TEP. (Dungl et al., 2014, s. 751)

2.1 Indikace

Hlavní indikací pacienta k operaci TEP je bolestivost a omezení hybnosti v kloubu a selhání předchozích nechirurgických terapií. (Libová, 2022, s. 16-17)

K výměně kloubu tedy vedou artrózy kyčelního kloubu, traumata, vrozené dysplazie kyčelního kloubu a nádorové či zánětlivé onemocnění kyčelního kloubu. (Černý et al., 2022, s. 200)

Z netraumatických příčin, u kterých je indikována TEP, řadíme kromě artrózy také revmatoidní artritidu, která je autoimunitním zánětlivým onemocněním postihujícím klouby tím, že způsobí deformity jejich tvaru a osteonekrózu. K osteonekróze dochází při sníženému zásobování kostí krví, čímž dochází k nedostatečnému okysličení a výživě kloubu a jeho následné degeneraci. (Tokgoz, 2022, s. 1-2)

Do traumatických indikací lze zařadit především zlomeniny acetabula, což je jamka kyčelního kloubu a řadí se k jedním z nejzávažnějších nitrokloubních zlomenin. U mladších jedinců jsou způsobeny vysokoenergetickým násilím, u osob starších je zlomenina zapříčiněna osteoporózou acetabula kosti kyčelní. K terapii pomocí TEP se především

přiklání v případě, kdy dojde ke zlomenině acetabulu, které nelze zrekonstruovat do původní podoby. (Dungl et al., 2014, s. 1088)

Indikací k TEP jsou také zlomeniny proximálního konce femuru. Do oblasti proximálního konce femuru řadíme hlavici femuru, krček a velký a malý trochanter. TEP se v tomto případě provádí při selhání osteosyntézy a v případě, že nebylo rozhodnuto pro otevřenou repozici. TEP je také indikována u pacientů do 75 let a u starších se spíše přiklání k cervikokapitální endoprotéze (CCEP). (Douša et al., 2021, s. 236)

2.2 Artróza

Hlavní příčinu bolestí a omezené hybnosti v běžném životě má za následek artróza kyčelního kloubu. Jedná se o změny vznikající na chrupavce pokrývající plochy kloubů zapříčiněné úrazem, opotřebením nebo zánětem. (Libová, 2022, s. 16)

Artróza kyčelního kloubu, také jako coxarthrosis, postihuje nejčastěji pacienty ve vyšším věkovém rozhraní a ty, kteří nadměrně zatěžovali klouby vrcholovými sporty, nebo pacienty obézní. V mladším věku pak vzniká jako artróza sekundární, která je následkem traumatu či vrozené dysplazie kyčelního kloubu a nevyvinutím kloubní chrupavky. (Bártová, 2021, s. 158)

Sekundární typ artrózy také vyvolávají metabolické onemocnění, polyneuropatie, revmatoidní artritida nebo po infekčních zánětech. (Douša et al., 2021, s. 102)

Pomocí patofyziologie lze zjistit, že dochází u kloubu k procesům, které vedou ke změně chrupavky a při postoupení choroby, až ke změnám na kosti. Na povrchu kloubu se nachází hyalinní vrstva, která má za úkol chránit kostní chrupavku. Tato vrstva se následkem opotřebení postupně tenčí a zapříčiňuje zvýšené tření mezi kloubní hlavici femuru a acetabulem kosti pánevní. (Tokgoz, 2022, s. 2) Při tření kostních ploch kloubu dochází k obroušování a tvorbě osteofytů a výrůstků, které se mohou lámat. Vznikají tím deformity, bolesti a omezení hybnosti kloubu. (Bártová, 2021, s. 158)

Z klinického hlediska se můžeme zabývat velkým množstvím příznaků, které nás dovedou k jasné diagnostice. (Ren et al., 2020, s. 831-838)

Nejvýraznějším příznakem, který přivádí pacienty k lékaři je bolest lokalizovaná do třísla a hýždí. Může se také projevit do okolních kloubů a stehna. (Ren, et al., 2020, s. 831-838). Bolest se objevuje po zátěži, bývá nazývána jako kumulativní bolestí a postupem času se zhoršující se prognózou přechází do bolestí před rozhýbání kloubu, jako je ranní ztuhlost,

či bolesti ve spánku. K bolesti se ze subjektivních příznaků připojují kontraktury končetin a spasmy svalů. (Libová, 2022, s. 18) Bolestivě se vyznačuje i obouvání ponožek, chůze do schodů, neschopnost přehodit nohu přes koleno druhé nohy a vystupování z automobilu. (Dungl et al., 2013, s. 18)

Objektivně lze pozorovat kulhání, obtížná chůze do schodů, na pohled i pohmat je kloub nateklý a tvrdý. Zřídka se vyskytuje i krepitace či zvýšená kloubní náplň. (Douša et al., 2021, s. 103)

V rámci klinického obrazu se z počátku vyskytuje omezení hybnosti s desaxací (vybočením) kloubu. (Douša et al., 2021, s. 103)

Zvýšená náplň chrupavky je zapříčiněna jejím edémem z poškozené kolagenní sítě. (Falta, 2013, s. 179-188) Omezení hybnosti kloubu se projevuje především ve flexi a vnitřně rotačních pohybech. (Dungl et al., 2014, s. 576)

2.3 Diagnostika

Mezi základní a nenahraditelné vyšetření osteoartrózy patří RTG vyšetření, díky kterému můžeme určit stupeň poškození kloubní dutiny a celého kloubu.

K tomu slouží Kellegrenova – Lawcenceho škála, která je sice často kritizována za to, že ne všechny příznaky se vždy vyskytují ve stanovených stádiích, přesto je však stále běžně využívána v klinické praxi. (Dungl et al., 2013, s. 18-19)

Kellegrenova – Lawcenceho škála je rozdělena na 4 stupně. Jako kyčel zcela bez patologických změn je ohodnocena stupněm 0, při výskytu plochých či málo definovaných osteofytů se hodnotí stupněm 1. Další stupeň 2. je při jasných definovaných osteofytech. Ve 3. stupni dochází k viditelnému zúžení kloubní šterbiny a konečný 4. stupeň je diagnostikován při pokročilém zúžení kloubní šterbiny. Ve stupni 3. a 4. lze v rámci značného zúžení kloubní šterbiny definovat tento stav téměř jako „kost na kost“. (Katz et al., 2021, s. 568-578)

Pro RTG diagnostiku stupně poškození kyčelního kloubu je možno využít z velké škály hodnotících systémů jako je např.: Tönninsova klasifikace, minimální kloubní prostor nebo Croftovy třídy. (Lespasio et al., 2018, s. 17-84)

K RTG vyšetření lze také pro měření kostní hmoty použít denzitometrii, či pomocí kontrastní látky naplnit kloubní dutinu. (Slezáková et al., 2021, s. 115)

K diagnostice je také možno využití MRI, díky její vysoké citlivosti je možno sledovat již nepatrné změny na chrupavce, kosti a synovii, ale k diagnostice osteoartrózy se často nevyužívá. (Katz et al., 2021, s. 568-578)

V rámci levnější a lépe přenosnější varianty pro diagnostiku je v Evropě častěji využíván ultrazvuk. Slouží pro kvalitní zobrazení kloubního výpotku, ale pro správnou detekci osteofytů je s 85% účinností slabší než vyšetření pomocí MRI. (Katz et al., 2021, s. 568-578)

Také je možné využití scintigrafie skeletu i ultrasonografické vyšetření kloubního prostoru. (Slezáková et al., 2021, s. 116)

Z klinických vyšetření se k diagnostice osteoartrózy využívá palpační vyšetření v kyčelní krajině, posouzení chůze pacienta, zda nekulhá. Lze pozorovat odlehčování bolestivé končetiny. Je také možné změřit délky končetin, zjistit rozsah pohybu končetin a doplnit neurologické a cévní vyšetření. (Dungl et al., 2013, s. 18-19)

2.4 Léčba

Při TEP kyčelního kloubu dochází k výměně krčku a hlavice femuru a také acetabula kosti pánevní. (Černý et al., 2022, s. 200)

Je jisté, že pacienti, u kterých selhala nechirurgická léčba, by neměli odkládat chirurgickou léčbu TEP kyčelního kloubu, jelikož se vystavují vyššímu riziku, že jejich stav ani po operaci nebude na takové úrovni, jak se předpokládá při včasném operativním řešení. (Giustra et al., 2024, s. 47-57)

V rámci léčby zlomenin acetabula a krčku kosti kyčelní se stále diskutuje mezi Open reduction and internal fixation (nadále ORIF) a metodou TEP. Zatím co osteosyntéza ORIF se vyznačuje lepšími klinickými výsledky, tak stále převládá terapie TEP díky její nízké míře reoperací a téměř okamžité možnosti přenášet váhu na operovanou nohu. (Giustra et al., 2024, s. 47-57)

Při léčbě koxartrózy je většinou operační léčba indikována jako terapeutická, která se zaměřuje na řešení již vzniklých deformit kloubu a subjektivních obtíží, jako je omezená hybnost kloubu či bolestivost. Terapie může být také krom léčby již vzniklých a pokročilých stavů zaměřena na prevenci vzniku poškození kloubu u rizikových pacientů nebo prevenci zhoršení stavu destrukce povrchu kloubů. (Libová, 2022, s. 18)

Samostatný výkon spočívá v odstranění postižené části stehenní kosti spolu s poškozeným acetabulem kosti pánevní a jejich nahrazením pomocí umělé náhrady, díky níž dojde k obnově kinematiky kloubu. (Tokgoz, 2022, s. 2)

K provedení TEP můžeme využít několik možných přístupů, u kterých se liší poloha pacienta při operačním výkonu, velikost řezu a svaly, které řez při výkonu zasáhne. Nejčastěji je používán anterolaterální přístup, přímý přední přístup, zadní přístup, přímý boční přístup, laterální transtrochanterický přístup a posterolaterální přístup. (Tokgoz, 2022, s. 2) Při příznivých podmínkách se stále častěji využívají miniinvasivní přístupy, které především u mladších pacientů značně zkracují hojení a omezují pooperační komplikace. (Černý et al., 2022, online)

K anestezii je možné využít při výměně kloubu jak celkové, tak i svodové anestezie s doplněním bloku periferního nervu. Výběr anestezie záleží na doporučení anesteziologa a jeho domluvě s pacientem. (Černý et al., 2022, online)

Operační výkon běžně nezabere více jako 60 minut, záleží ale na okolnostech a použitém typu endoprotézy. Pacient je při anterolaterálním přístupu v supinační poloze, řez je proveden horizontálně směrem ke spina iliaca anterior superior nad trochanter major. Po řezu podkožím a fascie dojde k protěti středního a malého hýžd'ového svalu a excizi kloubního pouzdra. V tuto chvíli dochází k odstranění kloubní hlavice kosti stehenní a jejího krčku, kde se pomocí rašplování vytvoří dutina a k frézování acetabula do požadované velikosti. Do připravených míst jsou implantovány endoprotetické náhrady kloubu. (Černý et al., 2022, online)

Před samostatným zakloubením implantátů je za potřeby zkontrolovat, zda délky končetin odpovídají. (Černý et al., 2022, online)

Pro zajímavost v minulosti se lékaři snažili dosáhnout stejných výsledků pomocí osteotomií, kterými byla například snaha zvětšit váhonosnou plochu kyčelního kloubu, anebo také artrodéza, která využívala zpevnění určitých částí kloubů. Touto metodou byla ale hybnost kyčelního kloubu značně omezena. (Dungl et al., 2014, s. 757)

2.5 Typy endoprotéz

Endoprotéza kyčelního kloubu je složena z kovové jamky kosti pánevní a dřikem s hlavicí, kopírující hlavici stehenní kosti. Pro výrobu je preferován polyetylen nebo keramika. (Libová, 2022, s. 19)

Součástí komplexní péče je také ortopedická protetika, která krom pomůcek pomáhající nahradit či udržet postiženou končetinu, také zajišťuje endoprotézy pro zlepšení funkčnosti končetiny. (Slezáková et al., 2021, s. 116)

Po každém komponentu kloubní náhrady je vyžadováno, aby plnil funkci nahrazeného kloubu, byl pevně zakotven v kosti, byl dostatečně pevný, odolný vůči únavě materiálu a splňoval anatomicko-fyziologické proporce nahrazovaného kloubu, jako je správné rozložení síly a usazení v prostoru měkkých tkání. (Libová, 2022, s. 19)

V dnešní době je možno vybírat z velkého množství endoprotetických pomůcek, kdy je kladen důraz na nároky ze stran pacienta, jeho věk a na již vzniklé změny v kosti v oblasti kyčelního kloubu a jejich rozsah. (Libová, 2022, s. 18)

K rozdělení endoprotéz může být zohledněno zařazení náhrad totálních (využívané při TEP), tedy náhrada proximálního femuru i acetabula, ale i cervikokapitálních náhrad (neboli CCEP, CKP), kdy se jedná o výkon, kdy dochází k výměně pouze hlavice femuru. (Dungl et al., 2014, s. 763)

V rámci rozdělení typů náhrad se také rozdělují jednotlivé komponenty. Dříky lze rozdělit dle designu, velikosti, dle fixace v proximálním femuru a pokud je dřík jako jednotlivý komponent – monoblok, či sestává z více částí – modulární. U modularity, se dává důraz na to, zda je jejich spojení závislé. Při dělení acetabulárních jamek se klade důraz na způsob upevnění v kosti. Jamka může být upevněna pomocí press-fit principu, kdy je komponent větší, než vyfrézovaná jamka a je zde zatlučena, dále lze jamky připevnit přídatnými šrouby, či např. pomocí závitů. Jamky lze také rozdělit na monobloky či moduláry. (Dungl et al., 2014, s. 766–770)

Poté je rozdělení zaměřeno také na fixaci endoprotézy do kosti, kdy se využívají takzvané cementované a necementované náhrady anebo hybridní. (Dungl et. al., 2014, s. 763)

Prvním druhem náhrad jsou cementované implantáty. Touto metodou jsou náhrady fixovány ke kosti polymetylmetakrylátem, neboli cementem, který tvoří jisté cementové lůžko. (Dungl et al., 2014, s. 763) Spolu s polymetylmetakrylátem je cement smíchán s antibiotiky dle výběru výrobce k zabránění alergické reakce. (Černý et al., 2022, s. 200) Tento cement však nepřilepí endoprotézu ke kosti, ale pouze vyplní prostor mezi kostí a vlastním dříkem náhrady. Samotný cement je pevně fixován k dřevnatému povrchu vnitřku kosti, ale dráček endoprotézy má možnost v cementovém lůžku malých pohybů a při reoperacích lze dráček extrahovat bez poškození. Díky tomu, že dráček s cementem nejsou pevně spojeni, je dráček designově upraven bez ostrých hran a je umožněn mikropohyb, nedochází k prasklinám a rychlému opotřebení cementové výstelky a potřebě reoperací. (Dungl et al., 2014, s. 763)

Z toho vyplývá, že i přes prvotní účinnou stabilitu cementové fixace pro necementované endoprotézy nevedou k dobrým fixačním výsledkům a nebývají často využívány. Také je zvýhodněn díky jeho pevné přilnavosti k porotické kosti, ale jeho velkými kontraindikacemi jsou jak vznik kardiopulmonálních komplikací, ke kterým dochází v průběhu cementování, tak i riziko vzniku toxické reakce cementu v organismu. (Dungl et al., 2014, s. 763-765)

U kloubních náhrad, kde není využíváno cementové výstelky k fixaci, jsou endoprotézy upevňovány do kosti mechanicky, kdy se upevnění acetabulární a femorální části jistým způsobem liší. Jsou tedy nazývány, jako necementové náhrady. Stabilita jednotlivých komponentů je zajišťována designem náhrady a také její povrchovou úpravou. Díky správně opracovanému povrchu, především jeho zdrsněním, může náhrada pevněji přilnout ke struktuře kosti a následně, dle Wolfova zákona, dojde po několika letech od operace k přestavbě kostní struktury, čímž náhrada zaroste do kostního podkladu a zajistí bezpečnou fixaci náhrady. Proces je také nazýván jako osteointegrace a zahrnuje zpevnění a ztlustění kosti v místě největší zátěže na proximálním femuru a v místech bez zátěže dochází k pravému opaku. Celý proces kostní přestavby je založen na změně biomechanické zátěže kloubu. (Dungl et al., 2014, s. 765–766)

Také je možno se setkat s hybridní formou endoprotéz, kdy se jedná o metodu, při které jsou použity obě možnosti ukotvení, přičemž je jedna z náhrad cementovaná a druhá necementovaná. Hybridní forma endoprotéz je využívána pouze ve specifických případech a závisí na ošetřujícím lékaři, zda se pro kombinování jednotlivých komponentů náhrad rozhodne. Při výběru, zda je vhodný cementovaný či necementovaný dřík a acetabulární jamka opačné možnosti, je důraz kladen na faktory, jako je např. stav kostní tkáně, další fyzická aktivita a anatomické poměry pacienta. (Černý et al., 2022, s. 200)

2.6 Komplikace

Jak bylo již výše zmíněno, tak TEP kyčelního kloubu je brán jako základní ortopedický výkon, jeho výsledky ve zlepšení bolesti po operaci hlásí přibližně 90 % pacientů a z hlediska výdrže zvládne okolo 80 % náhrad sloužit až 20 let. I přes to existují možné komplikace, které souvisí s tímto operačním výkonem, byť se jedná přibližně o 5 % šanci jejich výskytu. (Katz et al., 2022, s. 568-578)

Mozková disfunkce a abúzus alkoholu patří mezi rizikové faktory, které jsou ze strany pacienta. Diagnóza, věk a velikost hlavice nepatří mezi rizikové faktory, na které je potřeba klást velký důraz. Více komplikacím proto také podléhají TEP z důvodu zlomeniny krčku femuru, než plánované operace. (Dungl et al., 2014, s. 788)

Míra úspěšnosti operačního výkonu TEP je indikována dle množství potřebných reoperací. Únava materiálu je jedním z nejčastějších důvodů k provedení revizní operace. (Dungl et al., 2014, 786)

Jako nejčastější komplikace u výkonu TEP jsou: bolest, otěr u endoprotetických komponentů, heterotropická osifikace, luxace, periprotetické zlomeniny, rozdílné délky končetin, poranění nervů a infekce náhrady kyčelního kloubu. (Dungl et al., 2014, s. 785–791)

Tyto komplikace jsou v následujících odstavcích rozebrány.

Jednou z možných komplikací může být nadále přetrvávající bolestivost kyčelního kloubu i po proběhlé operaci. K tomuto může přijít špatnou diagnostikou, kdy mohlo dojít k záměně příčiny bolestivosti, a to ne z důvodů poškozeného kyčelního kloubu, ale z vertebrogenního charakteru a současném poškození kloubu koxartrózou, kdy po operačním řešením endoprotézou k úlevě nepřijde. (Dungl et al., 2014, s. 785)

Životnost implantátů bývá omezována otěrem jejich samotných ploch při pohybu a se zvýšenou zátěží. Jejím ztenčováním bývají uvolňovány částičky a kloubní tkáň má pouze jistý limit pro transport částic do lymfatického systému a zbytek se převážně udržuje v periartikulárních tkáních a tím nejčastějším je pseudopouzdro. (Dungl et al., 2014, s. 787)

Otěr může dojít při pohybu mezi dvěma hlavními povrchy, které nesou celou váhu, mezi např. luxovanou hlavicí a povrchem kosti a mezi komponentem zasazeným v kosti a danou kostí atd. (Dungl et al., 2014, s. 787)

Heterotrofická osifikace je stav, kdy nastává osifikace měkkých tkání a patologických kostních spojení v místě výkonu. Příčinou může být řada chorobných stavů jako je Bechtěrevova nemoc, Forestierova nemoc, posttraumatická sekundární artróza, nebo také septický zánět kyčelního kloubu – koxitida. (Dungl et al., 2014, s. 787)

Osifikace se dělí do 4 stupňů, kdy v prvním stupni nacházíme kostěné ostrůvky v měkkých tkáních, ve druhém stupni je vzdálenost mezi protilehlými povrchy nově vytvořené tkáně, jež vyrůstá z femuru i kosti pánevní více jak 1 cm. V třetím stupni se vzdálenost zmenšuje a je již pod 1 cm a přechází do čtvrtého stupně, kdy vzniká ankylóza. (Dungl et al., 2014, s. 787)

Nejčastější luxací bývá zadní luxace, a to i bez ohledu k přístupu. U primárního výkonu TEP dochází k luxaci pouze u 10 % pacientů. U reoperovaných TEP se prevalence luxace zvyšuje. Riziko vykloubení je také vyšší v prvním měsíci po výkonu, poté se časem snižuje. (Dungl et al., 2014, s. 788)

Příznaky luxace jsou omezení hybnosti, výrazná bolestivost, zkrácení vykloubené končetiny a její nepřirozené vytočení. K nápravě tohoto stavu je potřeba provést repozici hlavice a fixace kloubu buď ortézou, anebo při opakovaných vykloubeních sádrovou spikou. (Dosbaba et al., 2021, s. 65)

Rizikem vzniku zlomenin z důvodu operačního výkonu, neboli vzniku periprotetických zlomenin, je především remodelace kosti a dlouhodobé zavedení náhrady ve femuru, kdy kostní tkáň postupně ubývá a stává se křehčí. (Dungl et al., 2014, s. 788)

Při předoperačním vyšetření má pacient projít kontrolou chůze a pohovorem, čímž by se prodloužení či zkrácení operované končetiny mělo předcházet. V případě, kdy je končetina z mnoha etiologických důvodů kratší, je možno ji pomocí operačního výkonu prodloužit. V tomto případě je cílené prodlužování končetiny značně jednodušší. Prodloužení o více jak 4 cm může vykazovat známky poškození sedacího nervu, omezenou

hybnost a rozsah kloubu. I přes to je většinou pro pacienty přijatelné navyknout si na podpatek, který vyrovná rozdílnou délku končetin, když se díky TEP mohly zbavit bolesti. (Dungl et al., 2014, s. 788)

K poškození nervů, jako vznik parézy, dochází pouze výjimečně, ale zaznamenání změn na EMG dochází u 70 % výměn kyčelního kloubu. Lze předpokládat, že k celkové úpravě nervu dojde u 40 %, částečně se upraví dalších 40 % případů a kolem 20 % nastává trvalá paréza. K poškození nervu může dojít při významném prodloužení končetiny nebo, nesprávnou manipulací při zasazování endoprotetiky do kosti a při používání šroubovací jamky. Komprese nervu může být také způsobena útlakem velkým hematodem a jedná se o nejčastější riziko u hemofiliků. (Dungl et al., 2014, s. 791)

Nejčastější cestou přenosu infekce do kosti při TEP dochází při zavlečení agens vzdušnou cestou. Tomuto by měla předcházet režimová opatření (sterilní sály, operování ve skafandrech, antibiotická profilaxe...) Dále je také možno vzniku infektu ze sekundární infekce z urogenitálu, dentálních infekcí anebo také z diabetických komplikací. Nejnáchylnějšími se pak stávají k infektům TEP lidé obézní, s diabetem melitem, alkoholici, revmatici a pacienti s imunosupresivní léčbou. Příznaky právě probíhající infekce TEP jsou bolestivost a také celkové příznaky, jako je septický stav, vysoké zánětlivé markery a pozitivní nález v punktátu z kloubu. Při chronické formě zánětu je využívána scintigrafie, kde lze zaznamenat leukocyty a dle kterého se určuje, zda je kost po vytažení endoprotézy již zdravá pro revizní operaci. (Dungl et al., 2014, s. 791)

3 REKONVALESCENCE

Samotné provedení totální endoprotézy (TEP) kyčelního kloubu je pouze jedním z kroků k navrácení pacienta do plnohodnotného života. Neméně důležitou, avšak často náročnější a časově delší fází, je následná rekonvalescence a správně vedená rehabilitace. TEP představuje složitý chirurgický výkon, po kterém následuje dlouhé pooperační období. V jeho průběhu je zásadní přistupovat k rehabilitaci individuálně, s ohledem na aktuální stav pacienta. Rehabilitační plán vychází jak z klinického obrazu, tak z výsledků RTG vyšetření, na jejichž základě operatér stanoví vhodný rehabilitační postup. (Vytejšková et al., 2011, s. 94)

Mezi kompetence sestry vzhledem k rehabilitaci patří kontrola správného polohování a uložení na lůžku. Na nácvik chůze a sedu nadále dohlíží fyzioterapeut. (Vytejšková et al., 2011, s. 94)

Dodržování zásad a šetrného pooperačního režimu je důležité pro rychlejší návrat do běžného života, hojení ve správném postavení, omezení bolesti po operaci a snižuje riziko luxace operovaného kloubu. (Dosbaba et al., 2021, s. 68)

3.1 Pooperační období

Bezprostředně po výkonu je pacient ve stabilizovaném stavu 1-2 dny hospitalizován na JIP, kde se po převzetí informací o pacientovi jak ústně, tak i písemně uloží na lůžko v poloze na zádech a je napojen na monitor ke kontinuálnímu sledování fyziologických funkcí. Ze základních životních funkcí sledujeme TK, D, tepovou frekvenci a SpO₂. Jsou odebrány krevní odběry dle ordinace lékaře k laboratornímu vyšetření a ráno a večer jsou sledován a zaznamenáván odpad z drénů a příjem a výdej tekutin i se specifickou hmotností moče. Bolest je kontrolována a hodnocena dle škály VAS, při potřebě podání analgetik podle ordinace lékaře dojde poté k jejímu přehodnocení a kontrole účinku léků. Podává se infuzní terapie dle ordinace lékaře a vysvětlí se dietní opatření. Pravidelně se kontroluje permanentní močový katetr i periferní žilní linka a stav operované dolní končetiny, a to, zda je řádně prokrvená a je zachována hybnost a citlivost. Po zhodnocení ADL se pomáhá pacientovi při hygienické péči a dopomáhá při běžných denních činnostech. Pravidelně se provádí převazy operační rány a především je zajištěn pacientovi klidový režim a klidný spánek. Pacientovi jsou vysvětlena zásadní režimová opatření. (Libová, 2022, s. 22)

Po uplynutí 2 hodin na JIP dochází k pravidelnému polohování pacienta a dolní končetiny jsou díky polohovacímu polštáři uložené mezi kolena drženy od sebe a v mírné abdukci. Operovaná končetina je vložena v tzv. korýtku, které udržuje správné postavení končetiny, čímž je střední postavení. V následujících dnech se již korýtko pacientovi odejme a je vyžadováno aktivní udržování postavení dolní končetiny pacientem. (Dosbaba et al., 2021, s. 150)

3.2 Rehabilitace

Začít s rehabilitací je nejlepší ihned po provedeném výkonu, jakmile se pacient na ni cítí k minimalizování komplikací a k lepšímu průběhu rekonvalescence a návratu do běžného života. (Libová, 2022, s. 24)

V den operace se zajišťuje správné polohování končetiny, kdy pacient leží na zádech a přes molitanový klín dochází k ohýbání kolene na operované dolní končetině do 90° jednou za 2 hodiny. (Libová, 2022, s. 25)

Pacient je také poučen o provádění izometrických cvičení gluteálního svalstva a svalu quadriceps femoris, o dechových cvičeních, cvičeních s horními končetinami a cvičích pro dorzální a plantární flexi. (Vytejšková et al., 2011, s. 94)

První pooperační den je kromě asistovaného cvičení s operovanou DK zaměřen na časnou vertikalizaci, takže se provádí nácvik sedu, stoje a nácvik chůze. (Libová, 2022, s. 21–22)

Správné posazování probíhá na stranu zdravé DK, tím se zajistí, že operovaná DK bude při lehání v lůžku jako první (Dosbaba et al., 2021, s. 152)

Pacient se posazuje metodou, kdy z lehu na zádech zaujme polohu v polosedu, následně se na hýždích pootočí do strany, lehce se přetočí přes bok operované končetiny a po jedné spouští končetiny z lůžka. Tento proces probíhá stále s polohovacím polštářem vloženým mezi pacientova kolena. (Vytejšková et al., 2011, s. 95)

Zda sezení nečiní pacientovi značné obtíže a je při sedu stabilní a cítí jistotu, je posazován každý den k jídlu a při vykonávání hygieny a libovolně během dne podle vlastních preferencí. (Dosbaba et al., 2021, s. 153)

Pokud pacientovi nečiní posazení ortostatickou hypotenzi či jiné obtíže, je možné pokračovat k postavení se u lůžka. (Dosbaba et al., s. 153)

Nejprve se odstraní polohovací polštář, který je vložen mezi kolena a pacient mírně předsune nemocnou DK před sebe a zdravou zase podsune pod lůžko. Stoj je proveden s přenesením váhy přes zdravou končetinu. (Vytejšková et al., 2011, s. 95)

Při nácviku chůze je ze začátku pro pacienta lepší, užívá-li podpažních berlí, kdy se berle pokládají několik centimetrů před DK a nacvičuje se tzv. třídobá chůze. (Vytejšková et al., 2011, s. 95)

Třídobá chůze se provádí tak, že pacient posune před sebe obě podpažní berle zároveň, udělá krok operovanou DK, následně se opře o berle, přenesse na ně svoji váhu a poté přisune zdravou končetinu k operované. (Libová, 2022, s. 22)

Je zapotřebí dbát ohledu na stav pacienta, jelikož u starších bývá mnohdy lepší nezačínat s chůzí třídobou, ale za pomoci chodítka, nebo s čtyřdobou chůzí. (Dosbaba et al., 2021, s. 153)

S nácvikem chůze má fyzioterapeut také za úkol zabránit vzniku stereotypů při chůzi nebo je pacienta odnaučit. Nejčastější chyby jsou nestejná délka kroků, odvíjení chodidla od země a nedržení chodidla ve středním postavení. Při držení vzpřímeného těla se pacienti nejčastěji opírají o podpaží a ne o dlaně, čímž dochází k útlaku nervů a cév a nutnost úplně odlehčit operovanou DK, kdy se chodidlo pouze pokládá celou plochou na zem, ale žádná váha se na ni nepřenáší. (Dosbaba et al., 2021, s. 153)

Každým nácvikem se vzdálenost postupně navyšuje a před odchodem do domácí péče je vhodné, aby každý pacient byl schopen dosáhnout dostatečného rozsahu v operované DK, který je však velmi individuální. (Libová, 2022, s. 22)

Jakmile pacient zvládá chůzi o berlích, je zapotřebí, aby si osvojil chůzi do schodů a ze schodů, a to ještě před odchodem do domácí péče. (Dosbaba et al., 2021, 153)

Do schodů vždy pacient začne zdravou končetinou, poté pokračuje operovaná končetina, a nakonec se na stejný schod přidají i berle. Ze schodů jdou první berle, následně operovaná končetina a naposledy zdravá. (Dosbaba et al., 2021, s. 153)

Celá rekonvalescence se pohybuje okolo 3-6 měsíců, kdy se samozřejmě jedná o individuální proces. (Libová, 2022, s. 22) Díky tomu, že se u většiny pacientů jedná o dlouhodobě plánovaný výkon, má pacient možnost upravit si domácí prostředí, dle toho, co vyžaduje jeho stav po operaci. Především se jedná o nástavce na WC, podsedáky, odstranění volných koberců a podložek, které mohou při chůzi o berlích uklouznout. (Dosbaba et al., 2021, 153)

Po propuštění ze standardního oddělení následuje pobyt na rehabilitačním lůžku a poté je možné pokračovat na doporučení lékaře v lázeňském pobytu. Samotný ortoped také zhodnotí, kdy a jaké činnosti může pacient začít obnovovat, nejdůležitější je, aby nemocný dodržoval doporučení a řádně rehabilitoval k co nejrychlejšímu zotavení a znovunavrácení hybnosti končetiny. Doporučované aktivity jsou chůze do schodů, plavání, jízda na rotopedu, klasická chůze či nordic walking. (Libová, 2022, s. 22)

3.3 Režimová opatření

Při rekonvalescenci se klade důraz na dodržování několika zásad, kterými se předchází komplikacím a které jsou přímo kontraindikovány v pooperačním režimu. (Dosbaba et al., 2021, s. 152)

Pacient nesmí dávat dolní končetiny k sobě, či je překřížovat a dávat přes sebe. Nemělo by dojít k větší flexi v kyčelním kloubu než je 90°, proto je doporučováno, aby si pacienti sehnali nástavce na toalety a při sezení používali podsedáky, které jim zajistí vysoký sed, a i přes to je doporučováno sedět s nataženou dolní končetinou. K tomu patří také přitahování kolene k břichu a při ohýbání se k zemi je zapotřebí operovanou dolní končetinu zanožit. Kontraindikován je také pohyb, kdy dochází k zevní rotaci kyčle, tedy špička operované končetiny by neměla směřovat do strany, ale vždy jen dopředu. Po dobu 3 měsíců není vhodné lehat si na operovaný bok, rotovat trup proti operované končetině a zatížení dolní končetiny je dle indikace lékaře minimální. Ta se po 6-8 týdnech postupně začíná za pomoci berlí zatěžovat. (Dosbaba et al., 2021, s. 12)

V rámci kvality života je pohybový režim brán jako důležitý. Při artróze kyčelního kloubu, či jiných onemocnění nebo úrazech kyčelního kloubu, indikovaných k výkonu TEP je fyzická aktivita jedince značně omezena. Tím pádem je také snížena jejich kvalita života. Díky výkonu TEP se jim však během několika měsíců znovu navrací plnohodnotný život. Proto je také časté, že druhý zákrok TEP vítají a neoddalují.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM A METODIKA

Praktická část této bakalářské práce je zaměřena na život pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Součástí výzkumu bylo také nahlédnutí a porozumění prožívání před a po samotném výkonu a zvládnutí, dlouhodobé rekonvalescence. Pro výzkum bylo podstatné získání autentických informací od participantů. S participanty byly v rámci kvalitativního šetření realizovány polostrukturované rozhovory. Účast participantů byla dobrovolná.

V kvalitativním výzkumu je použit tzv. postup pomocí analýzy, nikoliv čísel či výpočtů a všechny záznamy i s popisy jsou prováděny především formou esejistickou či narativní. Hlavním zaměřením bývají životy, příběhy či určité události menší skupiny lidí, čímž napomáhají poznat širší rozměr jevů a zaměřit se na jejich poznání v přirozeném prostředí. (Kutnohorská, 2009, s. 22)

Díky kvalitativnímu výzkumu je možno fenomén, který byl určen jako objekt výzkumu, popsat do hloubky a nezůstávat pouze na povrchu, čímž tak poskytne náhled na to, jak a čím byl přivozen. Jedná se také o velmi pružný výzkum díky nestrukturovanému charakteru a jelikož se pracuje s omezeným počtem zkoumaných jedinců, je brána jeho nevýhoda v problematice zobecnění jeho výsledků. (Hendl, 2023, s. 50-51)

4.1 Cíle výzkumu

Hlavní výzkumná otázka:

Jak pacienti subjektivně vnímají a prožívají kvalitu svého života po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu a jak tato zkušenost ovlivňuje jejich každodenní fungování?

Výzkumné otázky:

- Jak participanty prožívali období před výkonem TEP kyčelního kloubu?
- Jak participanty zvládali samotný operační výkon a rannou rekonvalescenci?
- Jak se znovu navrátili do běžného života?
- Jaký je zpětně jejich pohled na celé období před a po výkonu?

Byly stanoveny čtyři výzkumné cíle:

- Zmapovat, jak pacienti subjektivně prožívali období před implantací TEP kyčelního kloubu.
- Zjišťovat, jak participant vnímali samotný operační výkon a jak zvládali ranou fázi rekonvalescence.
- Analyzovat proces návratu participantů do běžného života po operaci TEP kyčelního kloubu.
- Zhodnotit zpětný pohled participantů na celé období před i po implantaci TEP kyčelního kloubu.

4.2 Technika a design výzkumu

Informace použité ve výzkumu, byly získané od participantů pomocí polostrukturovaného rozhovoru, jenž byl nahrán jako audiozáznam a poté podrobně přepsán do tištěné podoby. Na samém úvodu rozhovoru byly získány základní informace, které však stále zajišťují jejich anonymitu.

Rozhovory v kvalitativním výzkumu vyžadují důslednou přípravu, citlivost, koncentraci, porozumění a disciplínu. Polostrukturované dotazování je střední cesta mezi dotazníkem a volným vyprávěním jedince, zajišťuje pružnost vedeného rozhovoru, ale stále se drží jasně předepsané osnovy. (Hendl, 2023, s. 164–166).

V přípravné části je důležité dbát na technickou stránku, kdy probíhá příprava okruhů, kterých je tazatel povinen se držet, ale záleží již na daných okolnostech, jaké pořadí si sám zvolí. Při nejistotě tazatele, zda danou výpověď od participanta správně pochopil, je nutno se na odpověď přeptat a ujasnit si, zda ji chápe správně. Je však dané jádro, které je při rozhovoru doplňováno dalšími dotazy a rozpracováváno do hloubky. (Kutnohorská, 2009, s. 40)

Rozhovor, který je uveden v příloze I., byl navržen autorkou této práce v souladu s vymezenými výzkumnými cíli. Sada předem připravených otázek, dle kterých byl rozhovor veden, byla logicky uspořádána a zaměřena na hlavní oblasti výzkumu.

1. Prožívání období před implantací totální endoprotézy kyčelního kloubu

Zde je zahrnuto 6 otázek, zaměřených na potíže, které participant prožíval před diagnostikováním a indikováním k výkonu TEP. Zahrnuje také pocity z výkonu a vlastním postavením k němu a zdali pociťoval pochybnosti z podstoupení. Otázky také zahrnovaly délku čekací doby na výkon, zda doba čekání ovlivnila jejich úsudek a pochybnosti a popisují, jak probíhala příprava k výkonu.

2. Vnímání operačního výkonu a rané rekonvalescence

Tato část zahrnovala 3 položky zaměřené na pocity v průběhu výkonu TEP. Jak prožívali pobyt v nemocnici, jejich zkušenosti při hospitalizaci a prožívání prvních dní po operačním výkonu. Obsahuje také zvládání pooperačního režimu participanty, které činnosti jim činily potíže a z čeho měli obavy. Následně je zaměřena na pobyt na rehabilitačním oddělení a pobyt v lázních, zda na tyto možnosti participanty pohlíželi kladně a zda se necítili omezení ve společenském a pracovním životě.

3. Návrat do běžného života po implantaci TEP kyčelního kloubu

Zde byly 2 otázky, které se zabývaly návratem participanta do domácí péče, zdali se cítil při příchodu do domácího prostředí nejistě či omezeně. Otázky byly také směřovány na jeho pocity ve společenském životě, zda se vyhýbal společenským událostem anebo jestli našel potřebnou oporu ve své rodině.

4. Zpětný pohled pacientů na období před a po operaci

Poslední 4 otázky byly zaměřeny na to, jak dnes participant hodnotí svůj postoj k výkonu TEP před tím a dnes. Jsou zde otázky na to, jak hodnotí celý proces, a především svůj momentální stav. Zda se již navrátil ke svým koníčkům a pracovním povinnostem, zda se stále cítí být omezen při některých aktivitách a zda by při případné nutnosti podstoupit výkon TEP znovu váhal a obával se ho, stejně jako před svou první zkušeností.

4.3 Sběr dat a charakteristika participantů

K uskutečnění pěti rozhovorů, o délce mezi 30–50 minutami, došlo v únoru 2025 na základě osobní nebo telefonické domluvy s vybranými participanty. Účastníci byli vybráni na základě několika kritérií: pacienti, kteří podstoupili operační výkon TEP před 1-5 lety a věkové rozmezí 55-70 let. Pohlaví participanta nebylo podstatné pro jeho výběr do výzkumu.

Rozhovory proběhly v domácím prostředí participantů, kde byli na začátku informováni o záměru a průběhu práce, o anonymitě, potřebné minimální a maximální délce trvání a zdali souhlasí s pořízením audiozáznamu na mobilní telefon. Se všemi požadavky všichni participanté souhlasili a byli také obeznámeni s možností na kteroukoli pro ně nepříjemnou otázku neodpovídat, či bez udání důvodů z celého rozhovoru odstoupit. Pro dodržení anonymity byli jednotliví participanté označováni P1-5.

Charakteristika participantů podílejících se na výzkumu:

P1 – Muž, 55 let, operační výkon TEP kyčelního kloubu podstoupil před rokem v lednu 2024, tedy v 54 letech. Indikací k operaci byla vrozená dysplazie pravého kyčelního kloubu, OSVČ.

P2 – Muž, 68 let, operační výkon TEP kyčelního kloubu podstoupil před rokem v únoru 2024, tedy v 67 letech. Indikací k výkonu bylo pokročilé stádium osteoartritidy pravého kyčelního kloubu, OSVČ.

P3 – Muž, 61 let, operační výkon TEP kyčelního kloubu podstoupil před 5 lety v březnu 2019, tedy v 56 letech. Indikací k výkonu bylo pokročilé stádium osteoartritidy. V té době působil na manažerské pozici.

P4 – Žena, 66 let, operační výkon TEP kyčelního kloubu podstoupila před 2 lety v květnu 2023, tedy v 64 letech. Indikací k výkonu bylo pokročilé stádium osteoartritidy, OSVČ.

P5 – Muž, 63 let, operační výkon TEP kyčelního kloubu podstoupil před 4 lety v listopadu 2021, tedy v 59 letech. Indikací k výkonu bylo pokročilé stádium osteoartritidy, OSVČ.

5 ANALÝZA DAT

Za využití otevřeného kódování byly ze získaných informací od participantů opakovaným pročitáním nacházeny spojitosti mezi rozhovory a vytvářeny kódy. Ty byly sepsány a barevně zvýrazněny a sloužily k vytvoření jednotlivých kategorií, které byly znovu vytvářeny hledáním spojitostí mezi jednotlivými kódy.

Otevřené kódování je analytickým krokem zabývajícím se označováním a kategorizací pojmů, při kterém se porovnávají a rozebírají jednotlivé údaje. Pojmy jsou zde identifikovány a rozvíjeny na základě jejich vlastností a dimenzí. (Kutnohorská, 2011, s. 66)

Ze získaných kódů bylo stanoveno těchto pět kategorií:

Kategorie č. 1: Život před operací

Kódy: Omezení v každodenních činnostech, bolest, analgetika, alternativní terapie, příprava

Kategorie č. 2: Dopady na psychiku

Kódy: Neznalost, obavy z výkonu, obavy z vykloubení, obavy z pádu, psychická bariéra vůči implantátu,

Kategorie č. 3: Rozhodnutí

Kódy: Konzultace s operátorem, víra ve zlepšení stavu, informace od známých, souhlas s výkonem, akceptování nevyhnutelnosti operace

Kategorie č. 4: Rekonvalescence

Kódy: Pooperační omezení, časná rehabilitace, omezení v sebeobsluze, lázně, bolest, strach z rekonvalescence, pozitivní efekt cvičení

Kategorie č. 5: Každodenní život

Kódy: sebeobsluha, domácí prostředí, pracovní omezení, společenský život, návrat ke koníčkům

Kategorie č. 6: Jak je to teď a co bude dál?

Kódy: současný stav, spokojenost s výkonem, změna náhledu na výkon, bez obav k dalšímu výkonu, očekávání příští operace

5.1 Kategorie č. 1: Život před operací

První kategorie je zaměřená na předoperační období, kde participanté popisovali své příznaky a fyzickou přípravou na operační výkon.

Jakožto jeden z nejhlavnějších příznaků, které je nutno zmínit, je bolestivost postiženého kloubu, kterou udávají participanté P2, P3, P4 a P5. Participant P1 místo toho udává obtížnou motoriku, vybočování končetiny a její zkrácení. Bolest jako velkou obtíž nepociťoval. *„Bolest u mě velkou roli nehrála, neříkám, že jsem to necítil, ale bolestí to nebylo, ale při pohybu, sportu, už mě to omezovalo.“* Shrnuje, že obtíže měl při sportu a při práci, kdy s prací pociťoval omezení i participant P3. Participanté P2, P3, a P4 se shodují, že jim tento stav omezoval spánek. P3 udává: *„Nejvíce to vždycky bolelo v noci, když se tělo uklidní.“* P2 a P4 také zmiňují, že jim činilo obtíže dlouhodobé sezení, jako příklad uvádí informant P3 cestu v autě a chůzi na delší vzdálenost: *„Nebylo možné vydržet delší dobu v autě, protože jsem jezdil poměrně dost. Zhruba po hodině jsem z auta vystoupil a rozhýbal kyčel, trochu pochodil a pár minut prostě stál. A při chůzi to vadilo, protože jsem nemocné noze uhýbal.“* Participant P5 také udává, že se bolesti zhoršovaly v návaznosti na počasí a na předchozí fyzickou námahu, dle jeho slov: *„Tím, že se to postupně zhoršovalo, si člověk postupně na bolest zvykal.“* Medikaci užíval participant P2, P3 a P4. Participant P1 a P5 udávají, že léky nepotřebovali a P2, že je nakonec neužíval, jelikož nepřinášely úlevu. *„Ortopéd mi před operací nabízel nesteroidní antiflogistika, ale ty příznaky to nezmírňovalo, takže jsem na to rezignoval a v uvozovkách jsem trpěl, když to tak řeknu.“* Na zmírnění průběhu nemoci zkoušeli P2, P3, P4 i P5 různé alternativy v léčbě. Informant P2 zkoušel gelatiny v lécích, P3 navštěvoval lékaře, který provádí akupunkturu. P4 udává, že se projevy nemoci snažila zmírnit bylinkami a P5 zkoušel cvičení a protahování. Jediný P1 udává: *„Nezkoušel jsem žádné alternativy. Můj ortopéd řekl, že je to blbost, že to všechno mě tam tu chrupavku nevrátí. Tak jsem ho poslechl.“* K tomuto výroku se nakonec přidali i zbylí informanti. V přípravě před operačním výkonem participanté P1, P3 a P4 uvádí především absolvování předoperačního vyšetření. Žádný z participantů si nestěžoval, že by měl problémy při shánění kompenzačních pomůcek. Participant P1, jako jediný udává, že absolvoval před operací dvě autotransfúze a informant P5 měl jako jediný možnost absolvovat lázně ještě v předoperačním období. Zde také dostal doporučení používat berlí.

5.2 Kategorie č. 2: Dopady na psychiku

Následující kategorie Dopady na psychiku rozebírá postoje jednotlivých participantů a psychické stavy v předoperačním období

Shrnuje, že se u všech participantů vyskytuje strach z výkonu způsobeného z důvodu neznalosti průběhu operace a rekonvalescence. Jak udává informant P1: *„Na jednu stranu bylo úžasné, že půjdu na operaci, ale vůbec jsem nevěděl do čeho jdu. Nebyl jsem statečný a byl jsem z toho vystrašený.“* Podobná slova zazněla také od ostatních participantů, kdy P3 vzpomíná: *„Měl jsem z toho obavy, protože je to velký zásah do těla a nikdy jsem to nezažil.“* a spolu s P1 také udávají, že měli strach z pooperačních bolestí a že se nevrátí ke sportovním aktivitám. Obavy byly také pocíťovány z průběhu rekonvalescence, kde informantka P4 zmiňuje: *„Trochu jsem se bála, myslela jsem si, že ta rekonvalescence zabere mnohem víc času“*. Z možného vykloubení operovaného kyčelního kloubu měli obavy informanti P1, P2, P3 a P4. Také se u většiny, kromě informanta P5, objevuje obava z možného pádu, při prvním vstávání anebo při chůzi o berlích. Participant P1 pocíťoval strach z možnosti zlomeniny. Především participant P2 udává největší obavu z cizího tělesa v těle a problematického smíření. *„Hlavní důvod, proč jsem to odkládal, byla silná myšlenka smířit se s tím, že budu mít v těle kus něčeho cizorodého.“* U participanta P1 byla obava, jestli se bude schopen vrátit do pracovního procesu a jak udává i participantka P4, jelikož oba informanti jsou osobami samostatně výdělečně činnými: *„Co jsem si nevydělala, tak jsem neměla, aspoň mě to nutilo pořádně rehabilitovat, abych se co nejrychleji vrátila zase nazpět.“*

5.3 Kategorie č. 3: Rozhodnutí

V třetí kategorii s názvem Rozhodnutí jsou shrnuty aspekty, které vedly participanty ke změně názoru na operační výkon a nakonec jej podstoupili.

Z analýzy dat vyplynulo, že pohled participantů ovlivnila neúměrná bolest. P5 uvedl: *„Neváhal jsem, celkem bylo jasné, že to bylo už v takovém stádiu, že nezbyvalo nic jiného, než ta operace.“* Jako jediný za celý rozhovor neprojevil obavy před samotným výkonem. P3 po přiznání, že měl obavy z výkonu, jelikož se jedná o velký výkon a nikdy takový výkon nepodstoupil, nakonec také přiznal, že byl rád, že mu byl zákrok nabídnut. *„Já jsem s tím souhlasil, protože nic jiného nezbyvalo a byl jsem rád, že se s tím problémem už konečně začne něco dělat.“* Participant P1 udával velké obavy z podstoupení operace, ale nakonec udával, že jeho operatér je jeho známý a byl velmi neústupný takže nakonec se

s podstoupením operačního výkonu smířil s tím, že věřil svému ortopedovi jakožto odborníkovi v jeho oboru a věřil, že se mu po výkonu zlepší a zkvalitní jeho fyzický stav. „*On mi prostě na rovinu řekl, že už to mělo být tři roky operované a že už se mám přestat bát, protože si tu nohu neustále dál deformuji. On mi vlastně nedal na výběr.*“ S informantem P1 se také P2 a P4 zajímaly o informace od svých blízkých a známých, kteří operační výkon již podstoupili anebo jim byla nápomocna konzultace s operátorem. P2 se dle jejích slov obrátila na známou. „*Ptala jsem se známé, a ta říkala, že se divila, jak rychle ji všechny problémy přešly. Tak mě uklidnila, proč bych to já nakonec neměla zvládnout.*“

5.4 Kategorie č. 4: Rekonvalescence

Tato kategorie poskytuje pohled na to, jak participanti prožívali dny po operaci, jak pociťovali první chvíle po výkonu, jaký byl jejich pooperační režim a jak zvládali první vstávání po operačním výkonu. Jak zvládali rehabilitaci a lázeňský pobyt. Také popisují přístup personálu a své prožívání při odkázání na jejich pomoc v každodenních činnostech.

Všichni participanti se shodují na tom, že již první pooperační den byli vyzváni za doprovodu zdravotní sestry postavit se za pomoci berlí. „*Už na intenzivní péči jsem byl vyzván a s pomocí jsem vstal. Nijak se tak rehabilitace nezdržovala*“, udává svou zkušenost P2. Jak již bylo zmiňováno, při prvním vstávání měli participanti P4, P3 a P1 obavy z vykloubení operovaného kloubu a P1 a P4 měli strach z pádu či nejistoty při chůzi o berlích. P1 měl také obavy ze zlomeniny. „*Strach jsem měl, člověk se bojí, aby se mu ta kyčel nevykloubila anebo se něco nepolámalo*“, zmiňuje své obavy informant P1. Participant P2 uvádí, že se po pěti dnech naučil obsloužit sám a i s P4 se shodli, že neměli problém s pomocí od milého a vstřícného personálu. P1 přidává svými slovy: „*Musím přiznat, že rekonvalescenci jsem měl úplně pohodovou a i ze strany bolesti si nemůžu stěžovat, protože jsem neměl vůbec žádnou. Nakonec stačí udělat první krok a máte vyhráno. Dostaví se jistota.*“ Tato slova také potvrzuje participantka P4. „*Šikovná rehabilitační mě postavila a potom to všechno šlo hned.*“ Participantka P4 dle svých slov: „*Měla jsem špatné pocity z toho, že obtěžuji druhé, ale všechny sestřičky tam byly moc milé a to mě motivovalo k tomu, abych se o sebe co nejdřív sama postarala.*“ Participant P5 nepociťoval velké problémy, dle jeho slov stačilo dodržovat to, co mu lékaři a zdravotní sestry nařídili. Také nejlépe shrnuje všechny aspekty, které je nutné dodržovat v pooperačním režimu, které se týkaly všech informantů. Tím byly dle jeho slov: „*Nesmělo se sedět, takže se muselo cíleně s podstavcem na záchodě, používat berle a lehce začínat s cviky, které nás naučili. Když se toto všechno*

dodržovalo, probíhalo to hladce.“ Rehabilitační pobyt absolvovali všichni participanti kromě P2, který ze standardního oddělení pátý pooperační den odešel domů a rehabilitoval sám. Dle jeho pocitů žádné problémy neměl, pomoc nevyžadoval a zvládal se obsloužit sám. *„Díky péči na oddělení jsem žádné zásadní problémy neměl. Hlavní bylo naučit se ty automatismy a chůzi ze schodů a do schodů, ale jak uběhlo pět dní na oddělení, osvojil jsem si i ty těžké začátky s osobní hygienou a šel jsem rehabilitovat domů. Tam jsem to už všechno dopiloval.*“ Všichni participanti se k rehabilitaci stavěli kladně. Vyjadřovali se slovy, že rehabilitace byla: *„pohodová“, „probíhala v klidu“* a *„byla vcelku bez problému“*. Participant P1 se zmiňuje, že jeho rehabilitace byla relativně bez bolesti, zatím co P2 se vyjadřuje, že *„začátky byly hodně bolestivé“*. Participantka P4 byla dle jejích slov aktivní a využívala každé volné chvíle k rehabilitaci, především chůzi, ale participant P3 nejčastěji využíval rotoped a chůzi do schodů, kterou označil za *„dobrý oříšek“*. Participant P1 se lázním chtěl vyhnout, přišlo mu, že *„do lázní jezdí jen babičky a dědečci“*, ale nakonec byl rád, že tam jel a mohl se věnovat cvičení, protože o sobě tvrdí, že *„není zodpovědný pacient“* a doma by se cvičení nevěnoval. Za to participantka P4 brala lázně již jako dlouhodobý pobyt mimo domov, ale nakonec našla kompromis, že přijížděla na víkendy domů a s láznemi byla spokojená. Participanti P2 a P5 dle svých slov lázně *„vyžadovali“*. Informant P2 především kvůli tomu, že nebyl standardně na rehabilitačním oddělení a díky informacím získaných od známých cítil, že má na rekonvalescenci *„realistický pohled“*. Všichni participanti se shodují na tom, že lázně měly pozitivní vliv na jejich rekonvalescenci.

5.5 Kategorie č. 5: Každodenní život

Kategorie s názvem Každodenní život je čtvrtou částí, která nastiňuje, jak se participantům podařilo vypořádat s návratem do domácího prostředí, jak zvládali každodenní činnosti a jestli se cítili být omezováni ve společenském a pracovním životě. V této kategorii jsou také rozebírány zájmové činnosti a sportovní aktivity, ke kterým se participanti znovu vraceli.

Jak bylo již ve 2. kategorii zmíněno, participant P2 byl propuštěn do domácí péče pět dnů po operaci a tím také vynechal pobyt na rehabilitacích. Jak sám popisuje: *„Co se týče osobní hygieny, tak jsem byl plně samostatný a i u těch ostatních věcí, co se týče WC a oblékání, vše bylo bez problémů. Třeba ponožky jsem si natahoval utěrkou a k ostatním věcem si člověk našel cestičku.*“ U všech participantů dochází ke shodě, že po návratu do domácího prostředí se už cítili jistěji, že se jim stav zlepšoval. Participant P5 dokonce uvádí: *„Dá se říct, že jsem už před nástupem do lázní chodil bez berlí a po návratu domů jsem už*

chodil bez problémů.“ Informant P2 dle jeho slov nepociťoval žádný handicap a jakmile *„byl schopný sednout do auta a být mobilní“* byl s rekonvalescencí spokojený a cítil se být plně rehabilitovaný. Participantka P4 také zmiňuje možnost obrátit se na svou rodinu s prosbou o pomoc, potažmo její dvě dcery a manžela, ale zpětně hodnotí *„že to zvládla s přehledem a doma ani tak moc pomoc nepotřebovala.“* Participant P3 se po návratu domů především zabýval vlastním uzdravením a do společnosti nechodil. Jinak všichni participant se společenskému životu nestranili, dokonce i P4, která měla ze začátku obavy. *„Necítla jsem se ze začátku jistě s berlemi na veřejnosti. Bála jsem se, že můžu upadnout, ale nakonec jsem do společnosti chodila ráda a určitě jsem se nestranila.“* Participant P5 pracovní obtíže neřešil, jelikož měl těsně před důchodem. Také zmiňuje: *„Tím, že jsem byl před důchodem, tak jsem to moc neřešil. Spíš, kdo byl mladší, tak je jasné, že na to mají jiný pohled a mají jiné možnosti.“* Participant P1 a P4, jak již bylo zmíněno ve 2. kategorii, se cítili omezeni, jelikož pracovali jako OSVČ. P3 zhodnotil, že jeho pracovní náplň nebyla v jeho stavu nezvládnutelná, ale i přes to *„pociťoval jisté omezení“* a P2 měl možnost zapojit cvičení ve své pracovní době. Všichni participant udávají, že se v této době již navrátili ke svým koníčkům, kterými jsou především sportovní aktivity a že se všichni cítí dobře. Participant P1 a P2 se shodují na tom, že kolo, potažmo rotoped, má pozitivní vliv na operovanou končetinu. Participant P2 udává, že existují drobné výjimky, kdy operovanou kyčel cítí, ale také často využívá rotoped či kolo a plavání je také jeho oblíbenou aktivitou, která napomáhá jeho operované noze. Ke sportu měl před operací značně blízko informant P3, který ze začátku pociťoval obavy, že se ke svým aktivitám již nevrátí. *„Máme pejska a chodím s ním každý den minimálně deset kilometrů, a to jsem dělal i před operací.“* Informant P5 přiznává, že po operaci cítí jistotu *„brzdu, ale dá se říct, že je to tak, jak to bylo před komplikacemi“*.

5.6 Kategorie č. 6: „Jak je to teď a co bude dál?“

Šestá a poslední kategorie s názvem: „Jak je to teď a co bude dál“ zahrnuje současný pohled pacientů na jejich stav. Popisuje, jak se s odstupem času od operace cítí a jak zpětně hodnotí celý výkon. Nastiňuje také, zda očekávají v blízké době druhý výkon TEP kyčelního kloubu a zda by jej měli obavy opětovně podstoupit.

„Teď už je všechno normální, jako před obtížemi, které jsem měl s kyčelním kloubem. Víceméně měsíc na to, co jsem se vrátil z lázní, bylo už všechno v normálu.“ Takto svými slovy popisuje svůj současný stav P5 a ostatní participant k tomu též připojují: *„O tom, že mám operovaný kyčelní kloub, vůbec nevím.“*, *„vůbec nevím, že mám náhradu.“*, *„neřekla*

bych, že bych někdy před tím měla nějaké problémy.“ a „necítím, že bych tam měl cizí těleso.“ Informant P2 přiznává, že cítí občasné bolesti, například při jízdě na kole, ale dle jeho slov: „ale to je celkově jedno.“ nehodnotí bolest jako velmi obtěžující či omezující. Všichni participanti, kromě P1, udávají, že by s dalším výkonem souhlasili a neměli by velké obavy. P4 zmiňuje, že se na operaci druhé kyčle „snad těší. Teda, abych to upřesnila, mám strach, je to jistá stresující záležitost, ale jak jsem si na vlastní kůži mohla vyzkoušet, tak existují mnohem náročnější věci.“ K tomuto výroku se ve svých výpovědích přiklání i ostatní participanti a P5 přímo doporučuje výkon podstoupit. „To bych spíš doporučil, jestli mají ostatní problémy a bolesti, tak ať se nechají operovat. Nebo aspoň mně to pomohlo a určitě to není tak hrozné, jak to vypadá.“ Jediný participant P1 nedokázal na otázku odpovědět, zda by podstoupil znovu TEP kyčelního kloubu, záleželo by dle jeho slov na okolnostech. „Záleží na výsledku operace. Kdybych věděl, že vše bude tak, jak je to teď, tak bych snad šel i dřív na operaci, ale nedokážu říct, že pohoda, šup jdeme na to hned.“ Také udává, že druhý kyčelní kloub zatím vypadá zdravě a další výkon TEP zatím nepotřebuje podstoupit. Participant P3 udává: „Dalšího výkonu se nebudu bát, jestli dopadne, jak první, tak by obavy neměly být tak velké. Doufám, že ten druhý kyčel, ještě chvíli vydrží.“ Participantka P4 má už indikováno podstoupení TEP u druhého kyčelního kloubu v brzké době a P2 dle jeho slov vyčkává na vývoj obtíží na druhém kyčelním kloubu a jediná obava, stejně i u informantky P4, vyplývá z toho, že už bude starší než při prvním výkonu. „Začátkem roku jsem byl na kontrole u lékaře a říkal, že když se to nezlepší, tak možná za rok bude za potřebí i ta druhá kyčel operovat. Samozřejmě mi už bude o nějaký ten rok víc, ale i tak bych šel s důvěrou znovu.“

6 DISKUZE

Hlavní výzkumnou otázkou této bakalářské práce bylo zjistit, jak participantů subjektivně vnímají a prožívají kvalitu svého života po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu a jak tato zkušenost ovlivňuje jejich každodenní fungování. V této části byly všechny výsledky z pěti rozhovorů zhodnoceny.

Společně s prvním výzkumným cílem proběhlo v úvodu praktické části mapování hlavních faktorů subjektivního prožívání participantů období před implantací totální endoprotézy kyčelního kloubu. Výsledky zde ukazují, že nejvýraznějším faktorem byla v předoperačním období bolest, způsobená osteoartrózou kyčelního kloubu a s ní také související fyzické omezení. Toto omezení bylo nejvíce vnímáno při sportovních aktivitách a pracovních činnostech, ale také v každodenním životě, kdy byly obtíže vnímány jak ve spánku, tak i v sedě. Především co se týká bolestivosti osteoartritické kyčle a obtížné chůze jsou výsledky korespondující s výsledky Tomanové (2016) i Lednické (2018). Kdy Tomanová (2016) ve svém kvantitativním šetření udává výsledky u bolestivosti pacientů s artrózou, jako středně silnou a celková fyzická aktivita byla také u těchto pacientů hodnocena, jako zhoršená. I navzdory bolestem se však nikomu neosvědčilo užívat analgetika a ani žádná jiná metoda nepřispěla k úlevě. Jako jeden z omezujících faktorů, které bránil participantům brzkému podstoupení operačního výkonu byl strach z neznalosti a strach z cizího tělesa v těle. Strach z neznalosti zahrnoval obavy z průběhu výkonu, z jejich fyzického stavu po operaci a bolesti, strach z rehabilitace a rekonvalescence a také strach ze ztráty pracovní pozice. Obavy byly mírnější u participanta, který podstoupil předoperační lázeňský pobyt, což je také zohledněno ve výsledcích Wainwright et al. (2020), který ve své přehledové studii udává pozitivní vliv předoperační fyzioterapie, i když jen v malé míře. K rozhodnutí, zda podstoupit operační výkon vedla především naděje na zlepšení kvality jejich života a zbavení se bolesti. Pozitivní vliv na rozhodování o operaci měl také rozhovor s odborníkem či blízkou osobou, která již zákrok podstoupila.

Druhým výzkumným cílem bylo zjišťování vnímání participantů samotného operačního výkonu a zvládání rané fáze rekonvalescence. Zde bylo zjištěno, že velký pozitivní efekt na zvládání situace měla raná rehabilitace, která začala již první pooperační den. Díky ní participantů začali i přes své pochybnosti pociťovat kladný přístup ke svému zdravotnímu stavu. U všech byla shoda, že jakmile byli schopni se sami obsloužit, opadla největší nervozita. Jako silnou emoci pociťovali možnost pádu, či zlomeniny z důvodu pocitu nestability o berlích, která se po krátké době u všech zautomatizovala. Rehabilitační

i lázeňský pobyt byl dle všech participantů přínosný do návratu do běžného života. Tím také shledávají zlepšení kvality života, což je ve shodě s výsledky Marinko et al. (2015), který ve svém výzkumu poukazuje na to, že i když nedojde k nápravě všech obtíží spojených s výkonem TEP, i přes to značně stoupne kvalita života. Na svůj duševní stav pohlíželi vesměs v pozitivním směru oproti výsledkům z randomizované studie Loures (2012) která udává, že duševní zdraví mladší skupiny vykazovalo horší hodnoty, zřejmě v důsledku problematického vyrovnání se s fyzickými omezeními. Návrat do domácího prostředí byl vyhodnoceno participanty jako již bezproblémové, cítili se jistě.

Ve třetí výzkumné části byl analyzován proces návratu participantů do běžného života po operačním výkonu totální endoprotézy kyčelního kloubu. Dle výsledků empirického šetření bylo zjištěno, že se participanti po třech měsících zvládli navrátit do běžného života s minimálním či úplně bez omezení. Z výsledků od Loures (2012) je patrné, že nejmladší jedinci byli po uplynutí této doby také plně navraceni k obvyklému stavu a spokojeni s výsledky. S bolestí se potýkal pouze jeden participant, ostatní nepocítovali bolestivost v pooperačním období jako omezení, což je v jisté míře ve shodě s výsledky Tomanové (2016). Participant také udávali, že omezení v pohybu po operaci vymizelo, ale Tomanová (2016) udává výsledky, kdy pacienti pocítovaly obtíže při chůzi do schodů a při chůzi na vzdálenost kilometru. Tyto výsledky byly téměř totožné s výsledky Lednické (2018). Omezení ve společenském životě bylo vnímáno pouze u jednoho participanta, jinak se společnosti žádný nevyhýbal. Tomanová (2016) udává mírné omezení ve společenském životě.

V poslední části proběhlo zhodnocení zpětného pohledu participantů na celé období před i po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu, kdy z analýzy výpovědí participantů vyplývá spokojenost se svým současným stavem i s proběhlým výkonem. K operačnímu výkonu se staví pozitivně a většina uvedla, že při nutnosti druhého výkonu již nebudou mít obavy, jako před podstoupením prvního, jelikož je jim celý postup již známý. Dle slov participantů je známo, že svůj současný stav hodnotí stejně, jako před nástupem svých obtíží, kdy závěry našeho šetření korespondují se zjištěními výzkumu Tomanové (2016). K podobným výsledkům také dospěla Lednická (2018), která uvádí, že více jak polovina pacientů pocítovala poněkud lepší stav po operaci, jak před rokem.

6.1 Doporučení pro praxi

Z výsledků praktické části této bakalářské práce vyplývá, že kvalita života se po totální endoprotéze kyčelního kloubu značně zlepšuje a po absolvování prvního výkonu opadá stres, jelikož jsou již pacienti s celým průběhem seznámeni. Lze z toho tedy vyvodit, že problematičtější období je předoperační období, kdy pacient trpí především omezenou kvalitou života, bolestmi a stresem z nadcházejícího operačního výkonu. Může být použito informačních letáků o výkonu k získání většího množství informací, nebo k tomuto účelu také může sloužit tato bakalářská práce a výroky jednotlivých participantů.

Kvalitativní šetření bylo limitováno relativně malým vzorkem participantů, kteří také spadali do úzce vymezeného věkového rozmezí a vykazovali odlišné osobnostní charakteristiky. V rámci toho je výrazně omezená možnost zobecnit zjištěné výsledky na širší populaci osob po implantaci kyčelního kloubu. Interpretace by proto také měla být vnímána v kontextu individuálních zkušeností participantů.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit subjektivní zkušenost s operačním výkonem implantace kyčelního kloubu a jeho dopad na každodenní fungování.

Strukturu práce tvoří dvě části, a to z teoretická a praktická část. Teoretická část je složena ze tří kapitol. První se věnuje kvalitě života – tento pojem je zde definován, rozdělen na objektivní a subjektivní hodnocení a následně je popsáno jeho specifické pojetí v ošetrovatelství. Ve druhé kapitole je popsán ortopedický výkon totální endoprotézy kyčelního kloubu. Byly určeny indikace k jeho podstoupení, z nejčastějších byla vybrána artróza, která byla následně rozebrána a byla popsána diagnostika a samostatná léčba. Třetí kapitola je věnována rekonvalescenci, pooperačnímu období, rehabilitaci a režimovým opatřením.

Praktická část práce si klade za cíl subjektivní prožívání participantů před a po samostatném výkonu TEP kyčelního kloubu. Empirická část byla provedena pomocí kvalitativního šetření, pomocí polostrukturovaných rozhovorů s participanty, kteří podstoupili v rozmezí od 1-5 let operaci TEP kyčelního kloubu. K analýze rozhovorů sloužilo otevřené kódování, na jehož základě byly stanoveny jednotlivé kategorie.

Z vyhodnocení získaných dat vyplývá, že kvalita života všech participantů byla dle jejich subjektivního hodnocení plně obnovena a na samostatný výkon již pohlížejí s menšími obavami. Jejich spokojenost souvisí jak s hladkým průběhem samostatného výkonu, tak i rehabilitací a navrácením se ke svým zájmům a společenskému i pracovnímu životu. Hlavním přínosem operačního výkonu je také to, že nepocítují bolest či omezení v pohybu při různých činnostech. Před výkonem všichni pocítovali obavy ze snížení kvality svého života. Rychlá rekonvalescence změnila jejich pohled na průběh celého výkonu.

Cílem výzkumu bylo tedy zjištění subjektivní zkušenosti participantů před a po výkonu TEP kyčelního kloubu. Tento cíl byl naplněn a z výroků participantů vyplývá, že jim operační výkon TEP pomohl obnovit kvalitu života srovnatelnou s obdobím před vznikem prvotních potíží.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTOVÁ, Jarmila, 2015. *Přehled patologie*. Praha: Nakladatelství Karolinum: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-4775-3.

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1197-3.

ČERNÝ, Jan a NOVOTNÝ, Tomáš, 2022. Totální endoprotéza kyčelního kloubu – aktuální trendy a role praktického lékaře v perioperační péči. Online. *Medicina po Promoci*. Roč. 23, č. 3, s. 200. Dostupné z: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=cac884d7-2274-3b55-a8ff-5f7c87809961>. [cit. 2025-04-24]

DOUŠA, Pavel; PEŠL, Tomáš; DŽUPA, Valér; KRBEC, Martin et al., 2021. *Vybrané kapitoly z ortopedie a traumatologie pro studenty medicíny*. Praha: Nakladatelství Karolinum: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-4828-6.

DUNGL, Pavel et al., 2014. *Ortopedie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4357-8.

FALTA, Jan, 2013. Osteochondrální kloubní spoj a osteoartróza. Online. *Rehabilitace a Fyzikální Lékařství*. Vol. 20, no. 4, s. 179–188. Dostupné z: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=5f189245-960a-383e-9a62->. [cit. 2025-1-03].

GIUSTRA, Fortunato; CACCIOLA, Giorgio; PIRATO, Francesco; BOSCO, Francesco a DE MARTINO, Ivan, 2023. Indications, complications, and clinical outcomes of fixation and acute total hip arthroplasty for the treatment of acetabular fractures: A systematic review. Online. *Eur J Orthop Surg Traumatol*. Vol. 34, no. 1, s. 47-57. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00590-023-03701>. [cit. 2025-01-03].

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

HARALDSTAD, Kristiansand; WAHL, Astrid; ANDENÆS, Randi; ANDERSEN, John, Roger; ANDERSEN, Marit Helen et al., 2019. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res*. Vol. 28, no. 10, s. 2641–2650. Online. LIVSFORSK network. Dostupné z: <https://doi.org/31187410>. [cit. 2025-02-25].

HENDL, Jan, 2023. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

KARIMI, Milad a BRAZIER, John, 2016. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? Online. *Pharmacoeconomics*. Vol. 34, no. 7, s. 645-649. Dostupné z <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>. [cit. 2025-01-03].

KATZ, Jeffrey Neil; ARANT, Kaetlyn R. a LOESER, Richard F., 2020. Diagnosis and Treatment of Hip and Knee Osteoarthritis: A Review. Online. *JAMA*. Vol. 9;325, no. 6, s. 568-578. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.22171>. [cit. 2025-02-25].

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

MAREŠ, Jiří a KEBZA, Vladimír (ed.), 2024. *Psychologie zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4411-7.

MARINKO, Lee, N; CHRISTIE, Renee, E a LEWIS, Cara, L., 2016. Successful Rehabilitation of a Young Adult With Total Hip Arthroplasty a Decade After a Girdlestone Procedure: A Case Presentation. Online. *PM R*. Vol. 7, no. 8, s. 895-900. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2015.04.002>. [cit. 2025-05-05].

Národní zdravotnický informační portál, © 2025. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/>. [cit. 2025-02-25].

NAVEEN, Pant, 2023. *Spirituality, Mental Health and Quality of Life*. Haridwar: Springer Nature Singapore. ISBN 978-98-199-2703-6.

LEDNICKÁ, Dominika, 2018. *Kvalita života nemocných s totální endoprotézou kyčelního kloubu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: <https://theses.cz/id/qlp4rt/>. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologických zdravověd. [cit. 2025-05-05].

LESPASIO, Michelle J.; SULTAN, Assem A.; PIUZZI, Nikolas S.; KHLOPAS, Anton a HUSNI M. Elaine, et al., 2018. Hip Osteoarthritis: A Primer. Online. *Perm J*. Vol. 3, no. 22, s. 17-84. Dostupné z: <https://doi.org/10.7812/TPP/17-084>. [cit. 2025-01-03].

LIBOVÁ, Ľubica; BALKOVÁ, Hilda a JANKECHOVÁ, Monika, 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2466-4.

LOURES, Elmanq, de Araújo a LEITE, Isabel, Cristina, Goncalves, 2012. Analysis on Quality of Life of Patients With Osteoarthritis Undergoing Total Hip Arthroplasty. Online. *Rev Bras Ortop*. Vol. 8;47, no. 4, s. 498-504. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/s2255-4971\(15\)30126-1](https://doi.org/10.1016/s2255-4971(15)30126-1). [cit. 2025-05-05].

PUCCI, Gabrielle Cristine Moura Fernandes; RECH, Cassiano Ricardo; FERMINO, Rogério César a REIS, Rodrigo Siqueira, 2012. Association between physical activity and quality of life in adults. Online. English, Portuguese: *Rev Saude Publica*. Vol. 46, no. 1, s. 166-179. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102012000100021>. [cit. 2025-01-03].

REN, Lingyun; MENG, Li; YAN, Hong; SUN, Wei a YAO, Dan, 2020. Preoperative meloxicam versus postoperative meloxicam for pain control, patients' satisfaction and function recovery in hip osteoarthritis patients who receive total hip arthroplasty: a randomized, controlled study. Online. *Inflammopharmacology*. Vol. 28, no. 4, s. 831–838. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10787-020-00718-2>. [cit. 2025-02-25].

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al, 2021. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1718-5.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

TOKGOZ, Emre, 2022. *Total Hip Arthroplasty*. Cham: Springer International Publishing. ISBN 9783031089275.

TOMANOVÁ, Jitka, 2016. Aspect Quality of Life of Seniors with Total Hip Replacement. Online. *Profese online*. Roč. 9, č. 2, s. 16-23. Dostupné z: <https://doi.org/10.5507/pol.2016.008>. [cit. 2025-05-05].

VYMĚTAL, Jan, 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2667-0.

VYTEJČKOVÁ, Renata; SEDLÁŘOVÁ, Petra; WIRTHOVÁ, Vlasta a HOLUBOVÁ, Jana, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

WAINWRIGHT, Thomas, W; GILL, Mike; MCDONALD, David, A; MIDDLETON, Robert, G a REED, 2020. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Online. *Acta Orthop*. Vol. 91, no. 1, s. 3-19. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790>. [cit. 2025-05-05].

World Health Organization, © 2025. Online. Dostupné z: <https://www.who.int/>. [cit. 2025-02-25].

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DK	Dolní končetina
CCEP	Cervikokapitální náhrada
CKP	Cervikokapitální náhrada
HRQoL	Health-Related Quality of Life
MRI	Magnetická rezonance
ORIF	Open reduction and internal fixation
TEP	Totální endoprotéza
WHOQOL	Význam druhé zkratky

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Polostrukturovaný dotazník

PŘÍLOHA P I: POLOSTRUKTUROVANÝ DOTAZNÍK

Demografické údaje:

- Kolik je vám let?
- Kdy jste podstoupil výkon TEP kyčelního kloubu?
- Co bylo indikací k výkonu TEP?
- Pracoval jste v době výkonu TEP?

Hlavní část rozhovoru

1. Období před výkonem TEP

- Jaké příznaky Vás nejvíce omezovaly v běžném životě?
- Jaká byla Vaše reakce na zjištění potřeby podstoupit operační výkon TEP?
- Pociťoval jste nějaké obavy z podstoupení operačního výkonu?
- Přípravoval jste se na operační výkon?

2. Období rané rekonvalescence

- Co Vám činilo největší obtíže?
- Jak jste přivykal na pooperační režim?
- Jak jste vnímal potřebu dlouhodobého pobytu na rehabilitaci a v lázních?
- Jak jste se cítil, když jste vyžadoval pomoc od okolí ve vykonávání běžných denních činnostech?
- Jak jste se cítil po návratu domů?
- Jak jste prožíval pooperační režim v běžném životě?

3. Současný pohled participanta na proběhlý výkon

- Jak zpětně hodnotíte svůj pohled na operaci před samotným výkonem?
- Jak současně subjektivně hodnotíte svůj stav?
- Jak pociťujete návrat do běžného života?
- Máte obavy z dalšího výkonu?