

Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po endoprotézach

Nursingcare Management Care of the Patient after Endoprostheses

Richard Bárta¹, Mária Popovičová¹

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. Bratislava

<https://doi.org/10.54937/zs.2023.15.1.67-72>

Abstrakt

Úvod: Prinášame komplexný pohľad na problematiku manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov po endoprotézach. Práca sa venuje aj podaným informáciám o kompenzačných pomôckach a ich používaní v praxi pacientom po implantovaných endoprotézach. Pozornosť je zameraná na skúmanie subjektívneho vnímania zdravotného stavu pacienta po endoprotéze a poskytovania informácií pred plánovaným operačným zákrokom. V poslednej skúmanej oblasti je v práci zisťovaný vzťah medzi pohlavím, zamestnaním a pridruženými ochoreniami, ktoré ako vonkajšie faktory môžu ovplyvniť implantáciu endoprotézy. V empirickej časti práce sa stanovil za výskumný problém zistiť „Ako implantácia endoprotézy dokáže ovplyvniť perceptibilitu zdravotného stavu pacienta.“ Pre dosiahnutie hlavného cieľa sme si stanovili jednotlivé čiastkové ciele:

- Zistiť rozdiel vo vnímavosti pacienta pred a po implantácii totálnej endoprotézy kolenného / bedrového kĺbu.
- Zistiť, či majú pacienti pred plánovanou operáciou bedrového / kolenného kĺbu poskytnuté dostatočné informácie o možnostiach liečby, rizikách operačného zákroku, o liečebných, diagnostických a terapeutických postupoch ako aj o možných rizikách a následkoch spojených so zdravotnou starostlivosťou.
- Zistiť, či pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti bol pacient informovaný v zdravotníckom zariadení o možnostiach poskytnutia a spôsobe používania kompenzačných pomôcok, ktoré ovplyvňujú zdravotný stav pacienta po vykonanom operačnom zákroku.
- Zistiť, či pohlavie, pridružené ochorenia a zamestnanie sú faktory, ktoré môžu ovplyvniť implantáciu endoprotézy.

Metodika: Na verifikáciu stanovených hypotéz a naplnenie hlavného cieľa sme použili metódy kvantitatívneho výskumu (dotazník). Na základe zozbieraných informácií sme podchytili súvislosti z analyzovaných oblastí, pre získanie uceleného obrazu skúmanej témy. Pre dosiahnutie cieľa práce boli stanovené pracovné hypotézy, na spracovanie ktorých bol pre vyhodnotenie štatistických údajov použitý chí-kvadrátový test zhody. Výsledkom je súbor hypotéz, ktoré sú následne sformulované do konkrétnych návrhov a odporúčaní. Súbor respondentov tvorili pacienti po implantácii bedrového/kolenného kĺbu, rôzneho veku a pohlavia. V rámci výskumu bolo rozdáných celkovo 120 dotazníkov a to 60 dotazníkov na Klinike úrazovej chirurgie na Rastislavovej č. 43 v Košiciach a 60 dotazníkov na Klinike ortopedie a traumatológie pohybového ústrojenstva na Triede SNP 1 UNLP v Košiciach. Celkový počet respondentov, ktorí sa zúčastnili nášho výskumu bolo 112 (93,33 %) respondentov, pričom návratnosť dotazníkov na Klinike úrazovej chirurgie tvorilo 58 respondentov (52%) a na Klinike ortopedie a traumatológie pohybového ústrojenstva tvorilo 54 respondentov (48 %).

Výsledky: Spracovanými údajmi v anonymnom dotazníku práca priniesla pohľad na to, ako dokáže ovplyvniť subjektívne vnímanie zdravotného stavu pacienta implantácia endoprotézy. Výsledky sú prezentované vo forme tabuliek.

Záver: V samotnom závere poukazujeme na skutočnosť, že operácia endoprotézy významným spôsobom mení subjektívne vnímanie zdravotného stavu človeka a pacienta tak prinavracia do normálneho života bez bolesti a obmedzeného pohybu. V nadväznosti na vytýčené ciele sú v práci prinesené odpovede na problematiku informovanosti pacienta a súvislosť medzi uvedenými vonkajšími faktormi vo vzťahu k implantácii endoprotézy. Navrhované odporúčania pre prax majú za úlohu zefektívniť ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta po endoprotéze kĺbu.

Kľúčové slová: Manažment. Ošetrovateľská starostlivosť, Bedrový kĺb, Endoprotéza, Pacient.

Abstract

Introduction: We present a comprehensive view of the nursing management of patients after endoprostheses. The paper also discusses the information given on compensatory devices and their use in practice by patients after implanted endoprostheses. Attention is focused on exploring the subjective perception of the patient's health status after endoprosthesis and the provision of information prior to elective surgery. In the last area examined, the thesis investigates the relationship between gender, occupation and associated diseases, which as external factors may influence the implantation of an endoprosthesis. In the empirical part of the thesis, the research problem was set to find out "How the implantation of an endoprosthesis can affect the perceptibility of the patient's health status." In order to achieve the main objective, we set individual sub-objectives:

- To find out the difference in patient's perceptibility before and after total knee/hip arthroplasty implantation.
- To determine whether patients are provided with sufficient information about treatment options, risks of surgery, medical, diagnostic and therapeutic procedures as well as potential risks and consequences associated with healthcare prior to elective hip/knee replacement surgery.
- Determine whether, when receiving healthcare, the healthcare facility informed the patient about the possibilities of providing and how to use compensatory devices that affect the patient's health after the surgery.
- Determine whether gender, comorbidities, and occupation are factors that may affect the implantation of an endoprosthesis.

Methodology: In order to verify the hypotheses and fulfil the main objective, we used quantitative research methods (questionnaire). On the basis of the collected information, we have underlined the context of the analyzed areas, to obtain a comprehensive picture of the studied topic. In order to achieve the aim of the work, working hypotheses were established, for the processing of which chi-square test of goodness of fit was used to evaluate the statistical data. The result is a set of hypotheses, which are subsequently formulated into concrete suggestions and recommendations. The respondent pool consisted of patients after hip/knee implantation, of different ages and gender. A total of 120 questionnaires were distributed during the research, namely 60 questionnaires at the Department of Trauma Surgery at Rastislavova No. 43 in Košice and 60 questionnaires at the

Department of Orthopaedics and Traumatology of the Musculoskeletal System at the SNP Class 1 of the UNLP in Košice. The total number of respondents who participated in our research was 112 (93.33%) respondents, while the return rate of questionnaires at the Department of Trauma Surgery was 58 respondents (52%) and at the Department of Orthopaedics and Traumatology of the Musculoskeletal System was 54 respondents (48%).

Conclusion: Following the set objectives, the paper brings answers to the issue of patient awareness and the connection between the above mentioned external factors in relation to the implantation of the endoprosthesis. The proposed recommendations for practice are intended to make the nursing care of the patient after joint arthroplasty more effective.

Keywords: Management, Nursing care, Hip joint, Endoprosthesis, Patient.

Úvod

Vďaka dnešnému životnému štýlu svoje telo málokto šetrí. Počas života každého človeka dochádza nezávisle od jeho vôle k určitým degeneratívnym zmenám, úrazom, ochoreniam, starnutiu organizmu ale aj k preťažovaniu a opotrebovaniu kĺbov. Tieto skutočnosti vedú k tomu, že ochorenia kĺbov sa vyskytujú čoraz častejšie a čoraz v mladšom veku. Nadváha, nadmerná záťaž, pourazové stavy, minimálny odpočinok a iné javy sú faktory, ktoré najčastejšie vedú k indikácii totálnej endoprotézy. Pohyb človeka musí byť stabilný a bezbolestný. Každodenný pohyb v kĺboch by nemal byť nijako obmedzený. Bolesť, obmedzenie pohybu a používanie kompenzačných pomôcok v predoperačnom období znižujú sebestačnosť, pracovný výkon a častokrát vedú aj k zhoršeniu psychického stavu. Je to zložitý proces, ktorý zahŕňa komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť zameranú na predoperačnú, intraoperačnú, pooperačnú a následnú zdravotnú starostlivosť. Implantácia endoprotézy dokáže prinavrátiť sebestačnosť, pohyblivosť a bezbolestnosť. Pre zachovanie mobility ľudských jedincov boli vyvinuté endoprotézy kĺbov.

Z tohto dôvodu sa naša pozornosť upriami na zistenie, či boli pacientovi poskytnuté informácie o plánovanom operačnom zákroku zo strany zdravotníckeho personálu. Naším výskumom sme skúmali, ako implantácia endoprotézy dokáže ovplyvniť subjektívne vnímanie zdravotného stavu pacienta. Dôležitou súčasťou v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti je informovanosť pacienta. Poslednou stanovenou úlohou v našej práci bolo zistiť, či pohlavie, pridružené ochorenia a zamestnanie sú faktormi, ktoré môžu ovplyvniť implantáciu endoprotézy. Zistenie, či pacienti po endoprotézach sú informovaní o možnostiach poskytnutia a spôsobe používania kompenzačných pomôcok nám priniesie odpoveď na skúmanú oblasť. Vzhľadom na rozsiahlosť tejto problematiky a pre dosiahnutie cieľa práce sme sa hlavne venovali najmä manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po implantácii endoprotézy bedrového kĺbu.

Endoprotézy

Cieľom totálnej endoprotézy je zaistiť stabilitu kĺbu a zlepšiť funkciu končatiny. Implantácia totálnej endoprotézy znamená výrazný kvalitatívny pokrok. Najčastejšie sa jedná o bedrový kĺb, kolenný kĺb a ramenný kĺb. Vďaka implantovaným umelým kĺbom vedia lekári efektívne pomôcť pacientom po úrazoch, degeneratívnych ochoreniach kĺbov a pacientom s coxartrozou. [1]. Kvalitu života výrazne zvyšuje včasná mobilizácia pacienta. Totálna endoprotéza je v súčasnosti dominantným operačným riešením konečných štádií pri kĺbovej patológii, ktorá pacientovi umožňuje úľavu od bolesti, možnú korekciu deformity končatiny a dĺžku končatiny. S implantáciou umelých kĺbových náhrad sa na Slovensku začalo okolo roku 1972 a vo svete o desať

rokov skôr. Úspech kĺbovej náhrady je ovplyvnený výberom implantátu, technikou implantácie, stabilitou endoprotézy a skorými alebo neskorými komplikáciami. Nadmerná fyzická záťaž a nadváha sú dva dôvody, prečo sa ľudia ocitnú na operačnom stole. Degeneratívne ochorenie kĺbov postihuje v dnešnej dobe čoraz mladších ľudí. Operácia je vždy až posledným riešením ochorenia u pacienta. Lekár pred operáciou u mladého človeka s osteoartrózou stojí pred rozhodnutím, či je vhodná implantácia totálnej endoprotézy v mladom veku, ktorá so sebou prináša určité riziká alebo je pre neho prínosom komplexná konzervatívna liečba. Moderná medicína dnešnej doby dokáže vymeniť všetky kĺby v tele [2].

V súčasnosti sa uplatňujú aj nové miniinvazívne prístupy v operačných technikách endoprotéz, ktorých cieľom je úplne minimalizovať poškodenia mäkkých tkanív v celom okolí implantovaného kĺbu. Podľa Slovenského artroplastického registra, ktorý je zdravotníckym informačným systémom a vykonáva zber presne určených údajov o každej vykonanej implantácii umelej kĺbovej náhrady na jednotlivých pracoviskách v Slovenskej republike a následne ich vyhodnocuje, bolo v roku 2014 na Slovensku vymenených 6641 bedrových kĺbov a 5403 kolenných kĺbov[3]. Hlavnou a podstatnou úlohou všetkých novinek je zlepšiť funkciu implantovaného umelého kĺbu a predĺžiť jeho životnosť. Slovenský artroplastický register je zriadený Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky.

Sociálny pracovník v rámci interdisciplinárneho tímu u pacientov po implantácii kĺbových náhrad

Implantácia umelých kĺbových náhrad je spojené s dočasnou prácou neschopnosťou pacienta a následnou rehabilitáciou. Vzhľadom k tomu v starostlivosti o takého pacienta zastáva dôležitú funkciu sociálny pracovník. Výkon profesie sociálneho pracovníka v zdravotníctve zahŕňa činnosti preventívne, diagnostické a rehabilitačné starostlivosti v zdravotnej, sociálnej a ošetrovateľskej oblasti, prevažne pri uspokojovaní požiadaviek klientov. Profesiou sociálneho pracovníka v zdravotníctve možno považovať za špecifickú z toho dôvodu, lebo sa tu prelínajú dva typy starostlivosti, a to starostlivosť sociálna a starostlivosť zdravotnícka – teda všetky zdravotnícke odbory. Aby mohla byť liečba aj ošetrovanie pacienta považované za komplexné, musí byť riešená aj sociálna stránka klienta. Súčasťou liečebného aj ošetrovateľského procesu by tak malo byť zabezpečenie nadväznosti zdravotnej i sociálnej starostlivosti [4]. Preto hovoríme stále viac o potrebe prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Aj sociálni pracovníci majú svoj Etický kódex sociálnych pracovníkov, ktorým sú pri svojej práci dobrovoľne viazaní. Z nahliadnutie do etického kódexu sociálnych pracovníkov vyplýva, že sa sociálni pracovníci riadi podobnými zásadami ako sestry. Princíp úcty k pacientovi v zdravotnej starostlivosti a klientovi v sociálnej starostlivosti, ktorý dáva dôraz na zachovanie ľudskej dôstojnosti, princíp sebestačnosti

a rozhodovanie klientov a pacientov o sebe samých, princíp sociálne a zdravotné spravodlivosti a profesionálneho rokovania zdravotníkov i sociálnych pracovníkov sú hlavnými jednotiacimi prvkami integrácie sociálnej a zdravotnej starostlivosti v etickom, morálnom a profesionálnom prístupe k pacientom a klientom. Za cieľ interakcie zdravotne zameraného sociálneho pracovníka s pacientom je považované nadviazanie pozitívneho terapeutického vzťahu, ktorá je nevyhnutný k úspešnému riešeniu problému za spolupráce pacientov. Pre nadviazanie takého stavu je nevyhnutná prosociálna komunikácia odrážajúca všeobecné zásady rokovania s pacientom. Možno ju považovať za eticky vedenú komunikáciu s pacientom. Podľa tohto štýlu komunikácie musí zdravotne zameraný sociálny pracovník brať do úvahy individualitu pacienta, ktorá je daná jeho vekom, pohlavím atď.. Pri prvom kontakte sa musí sociálny pracovník pacientovi predstaviť, oboznámiť ho so svojimi kompetenciami a následne sa pokúsiť o navodenie dôverného vzťahu. Čo sa týka následného rozhovoru medzi oboma stranami, rozhovor zo strany sociálneho pracovníka by mal byť vopred premyslený. Sociálny pracovník by si u neho nemal robiť písomné poznámky, ktoré by mohli narušovať partnerský vzťah. Pri prípadných nezhodách a záporných postojoch klienta musí sociálny pracovník vhodnými argumentmi a hlavne etickým spôsobom vysvetliť nesprávnosť postojov a previesť pozornosť klientov iným smerom za účelom dosiahnutia kladných názorov na danú situáciu. Samotný rozhovor by mal prebiehať medzi štyrmi očami, mal by sa uskutočňovať na pokojnom mieste, v správnu dennú čas vyhovujúce klientovi pod. [5].

Metodika výskumu:

Pri distribúcii dotazníkov bol využitý zámerný, stratifikovaný výber respondentov, ktorí tvorili pacienti hospitalizovaní na vybraných chirurgických pracoviskách v Univerzitnej nemocnici L. Pasteura v Košiciach na Rastislavovej ulici č. 43 na Klinike úrazovej chirurgie a na Triede SNP 1 na Klinike ortopedie a traumatológie pohybového ústrojenstva. Súbor respondentov tvorili pacienti po implantácii bedrového/kolenného kĺbu, rôzneho veku a pohlavia. V rámci výskumu bolo rozdáných celkovo 120 dotazníkov a to 60 dotazníkov na Klinike úrazovej chirurgie na Rastislavovej č. 43 v Košiciach a 60 dotazníkov na Klinike ortopedie a traumatológie pohybového ústrojenstva na Triede SNP 1 UNLP v Košiciach.

Výskumnú vzorku tvorilo 120 respondentov a výskumu sa zúčastnilo 112 respondentov (93,33 %). Návratnosť dotazníkov na Klinike úrazovej chirurgie tvorilo 58 respondentov (52 %). Návratnosť na Klinike ortopedie a traumatológie pohybového ústrojenstva tvorilo 54 respondentov (48 %).

Tabuľka 1 Vek respondentov

Vek respondentov	Absolútny počet	Relatívny počet v %
22 až 29 rokov	3	3
30 až 39 rokov	19	17
40 až 49 rokov	15	13
viac ako 50 rokov	75	67
Spolu	112	100

Zdroj: Vlastný

Tabuľka 2 Miesto hospitalizácie respondenta

Miesto hospitalizácie respondenta	Absolútny počet	Relatívny počet v %
Klinika úrazovej chir	58	52
KOaTPÚ	54	48
Spolu	112	100

Zdroj: Vlastný

Tabuľka 3 Pohlavie respondenta

Pohlavie respondenta	Absolútny počet	Relatívny počet v %
Muž	40	36
Žena	72	64
Spolu	112	100

Zdroj: Vlastný

Interpretácia výsledkov výskumu

Z celkového počtu skúmaných respondentov je 52 % (čo predstavuje 58 klientov) po operácii bedrového kĺbu a 48 % opýtaných respondentov (čo predstavuje 54 klientov) je po operácii kolenného kĺbu. Pomer respondentov, ktorí sa zúčastnili v našom výskume sa zhoduje aj s údajmi zo Slovenského artroplastického registra, kde počet operácií bedrového kĺbu je štatisticky len nepatrne vyšší ako vykonané operácie kolenných kĺbov.

Na základe odpovedí zobrazenia celkových výsledkov našich respondentov v položenej otázke, ako by zhodnotili svoj zdravotný stav v porovnaní so svojim zdravotným stavom pred polrokom 79 % (88) opýtaných respondentov uviedlo, že sa má oveľa lepšie. Približnerovnako ako pred polrokom sa cíti 15 % (17) respondentov. Trocha horšie uviedlo ako stav pred polrokom 6 % (7) respondentov. Možnosť oveľa horšie ako pred polrokom neoznačil ani jeden respondent.

Tabuľka 4 Zhodnotenie zdravotného stavu pred operáciou

Kladené otázky	Vyhodnotenie v číslach	Vyhodnotenie v percentách
Oveľa lepšie	88	79 %
Približne rovnako	17	15%
Trocha horšie	7	6%

Zdroj: Vlastný

V položenej otázke, kde mali respondenti uviesť intenzitu svojej bolesti, ktorú pociťovali pred operáciou následne na Melzackovej stupnici označilo 39 % (43) respondentov bolesť ako krutú. Intenzívnu bolesť označilo 31 % (35) respondentov. Osemnásť respondentov, čo predstavovalo 16 % opýtaných, označilo svoju bolesť v čase pred operáciou ako neznesiteľnú. Neprijemnou bolesťou trpelo 9 % (10) respondentov a 5 % (6) respondentov označilo svoju predoperačnú bolesť ako miernu.

Tabuľka 5 Vnímanie intenzity bolesti u pacienta pred operáciou

Kladené otázky k intenzite bolesti	Vyhodnotenie v číslach	Vyhodnotenie v percentách
Krutá bolesť	43	39 %
Intenzívna bolesť	35	31%
Nezniesiteľná bolesť	18	16%
Neprijemná bolesť	10	9%
Mierna bolesť	6	5%

Zdroj: Vlastný

V tejto otázke mali zúčastnení respondenti uviesť na Melzackovej stupnici intenzitu ich bolesti v čase obdobia sedem dní a viac po operácii. Z grafického zobrazenia môžeme konštatovať, že u pacientov po operácii došlo k zlepšeniu ich subjektívneho vnímania bolesti. Ako miernu bolesť uviedlo 30 % (34) respondentov. Neprijemnú bolesť označilo 29% (32) opýtaných. Krutú bolesť označilo 15 % (17) respondentov. V prípade intenzívnej a nezniesiteľnej bolesti odpovedalo zhodne po 13 % (29) respondentov.

Tabuľka 7 Miera obmedzení u pacienta doma a v práci pred operáciou

Kladené otázky	Vyhodnotenie v číslach	Vyhodnotenie v percentách
Nemohol/a som pracovať, nakoľko mi to bolesť nedovoľovala	19	17 %
Pracoval/a som, ale bolesť mi nedovoľovala sa plne sústrediť na prácu	49	44 %
Musel/a som byť pre moju chorobu dlhodobo práceneschopný/á	34	30 %
Nikde som nechodieval/a, pre bolesti to nebolo možné	10	9 %

Zdroj: Vlastný

Na položenú otázku mohli respondenti pri svojej odpovedi vyjadriť svoj názor ako endoprotéza kĺbu ovplyvní ich život a prácu v budúcnosti. Podľa názoru respondentov si 27 % (30) myslí, že nebude pociťovať žiadne obmedzenia v živote a práci. Možnosť „Budem pracovať ale bolesť mi zrejme nedovolí plne

sústrediť sa na prácu“ označilo 26 % (29) respondentov. Pracovať pre bolesť nebude môcť 21 % (24) respondentov. Dvadsaťjeden respondentov (19 %) sa vyjadrilo, že kvôli bolestiam nebude nikde chodiť. Ako dlhodobo práceneschopných bude 7 % (8) respondentov.

Tabuľka 8 Miera obmedzení u pacienta doma a v práci po operácii

Kladené otázky	Vyhodnotenie v číslach	Vyhodnotenie v percentách
Nebudem môcť pracovať, nakoľko mi to bolesť nedovolí	24	21 %
Budem pracovať, ale bolesť mi zrejme nedovolí sa plne sústrediť na prácu	29	26 %
Budem pre moju chorobu dlhodobo práceneschopný/á	8	7 %
Nikde nebudem chodiť, pre bolesti to nebude možné	21	19 %
Necítim obmedzenia v živote a práci	30	27%

Zdroj: Vlastný

Vyhodnotenie pracovnej hypotézy H1 - Pri tejto hypotéze sme predpokladali, že implantácia bedrového, resp. kolenného kĺbu nezlepší subjektívne vnímanie zdravotného stavu pacienta pred a po operácii. Až 79 % opýtaných respondentov vyjadrilo svoj názor, že sa po operácii kĺbu cíti oveľa lepšie. V predoperačnom období 39% respondentov najčastejšie pociťovalo krutú bolesť. V porovnaní s vnímaním bolesti u respondentov po operácii došlo k výraznému zlepšeniu subjektívneho vnímania bolesti, čo sa odzrkadlilo v samotnom hodnotení. V pooperačnom období označilo ako krutú bolesť už len 15 % respondentov. Zlepšenie hodnotenia zdravotného stavu nastalo aj u ostatných respondentov, kde v prevažnej miere uvádzali bolesť miernu

a neprijemnú. Možnosti, kde respondenti mohli označiť svoju bolesť ako krutú a nezniesiteľnú využilo iba 28 % respondentov, čo v porovnaní so stavom pred operáciou predstavovalo zlepšenie o 27 %. Z uvedeného teda vyplýva, že vo všetkých skúmaných položkách zamietame a prijímame hypotézu H₁ v ktorej tvrdíme, že tu existuje určitá závislosť, a teda že implantácia bedrového/kolenného kĺbu zlepši subjektívne vnímanie zdravotného stavu u pacienta po implantácii endoprotézy.

Vyhodnotenie pracovnej hypotézy H2 - Pri tejto hypotéze sme predpokladali, že pacientom na oboch skúmaných chirurgických pracoviskách neboli poskytnuté informácie o plánovanom

Tabuľka 6 Vnímanie intenzity bolesti u pacienta po operácii

Kladené otázky	Vyhodnotenie v číslach	Vyhodnotenie v percentách
Krutá bolesť	17	15 %
Intenzívna bolesť	29	13%
Nezniesiteľná bolesť	29	13%
Neprijemná bolesť	32	29%
Mierna bolesť	34	30%

Zdroj: Vlastný

Na položenú otázku mohli respondenti pri odpovedi vyjadriť svoju mieru obmedzení, ktorým bránili vo vykonávaní bežných denných činností doma a v práci. Takmer polovica opýtaných 44 % (49) uviedla, že pracovali, ale bolesť im nedovoľovala plne sústrediť sa na prácu. Bolesť respondentov pre ktorú nikde nechodili, pretože to pre bolesť nebolo možné uviedlo 30 % (34) opýtaných. Stav, ktorý respondentom nedovoľoval pre bolesti pracovať uviedlo 17 % (19) opýtaných. Dlhodobo práceneschopných pre svoju chorobu bolo 9 % (10) respondentov.

operačnom zákroku a pooperačnom priebehu liečby od ošetrojúceho personálu na požadovanej úrovni. Vyhodnotením odpovedí od respondentov sme dospeli k výsledku, že potrebné informácie o plánovanej operácii a predoperačnej príprave im poskytol v 87 % lekár chirurg alebo ortopéd. Ďalej bola skúmaná spokojnosť respondentov z oboch chirurgických pracovísk s podanými informáciami o plánovanej operácii. Výsledky respondentov poukazujú, že 35% respondentov vyjadruje svoju spokojnosť s podanými informáciami ako dostatočnú a nami stanovená hypotéza sa nepotvrdila. V horeviedenej hypotéze sme tiež skúmali, či bol respondentom poskytnutý dostatočne dlhý čas na informácie o pripravovanom operačnom zákroku. Výsledkom je, že až 45 % respondentov malo poskytnutý dostatok času a informácií o plánovanom operačnom zákroku ale bez poskytnutia priestoru na svoje otázky. Opýtaním sa viacerých otázok sa nám hypotéza nezamieta, čo znamená, že hypotéza nami stanovená sa nepotvrdila. Taktiež u respondentov bolo zisťované, aké špeciálne opatrenia museli dodržiavať pred operačným zákrokom na základe odporúčania ošetrojúceho lekára. Až 28% respondentov sa nevedelo vyjadriť a ďalších 26% sa vyjadrilo, že nemuseli dodržiavať žiadne špeciálne opatrenia. Ďalším skúmaním bolo zisťované od respondentov, či boli oboznámení ošetrojúcim lekárom o možných komplikáciách, ktoré sa môžu počas operácie a po operácii vyskytnúť. Zo zúčastnených respondentov 53 % uviedlo, že neboli informovaní o možných komplikáciách. Na základe zhodnotenia sledovaných otázok vyplýva, že pacientom na oboch skúmaných chirurgických pracoviskách neboli poskytnuté informácie o plánovanom operačnom zákroku a pooperačnom priebehu liečby od ošetrojúceho personálu na požadovanej úrovni.

Vyhodnotenie pracovnej hypotézy H3- Pri tejto hypotéze sme predpokladali, že pohlavie nevlýva na vnímanie bolesti u pacienta po implantácii endoprotézy. Najviac označovanou bolesťou u mužov bola vystrelujúca bolesť 13 respondentov a u žien to bola bolesť bodavá 30 respondentov. Prijímame alternatívnu hypotézu, v ktorej tvrdíme, že pohlavie vplýva na vnímanie bolesti, teda že existuje signifikantný rozdiel na vnímanie bolesti u mužov a u žien. Taktiež sme zisťovali, v ktorej fáze dňa respondenti pociťujú najintenzívnejšiu bolesť. Štyridsaťštyri respondentov, z ktorých je 36 žien pociťujú najintenzívnejšiu bolesť ráno a večer 25 respondentov, z ktorých je 13 mužov. Výsledkom je to, že prijímame alternatívnu hypotézu, v ktorej tvrdíme, že existuje určitá závislosť vo vnímaní bolesti medzi jednotlivými pohlaviami a fázou dňa, kedy je vnímaná bolesť najintenzívnejšie v závislosti od pohlavia.

Vyhodnotenie pracovnej hypotézy H4- V uvedenej hypotéze sme skúmali, či pacientom po endoprotézach boli poskytnuté potrebné informácie o dostupnosti a využívaní kompenzačných pomôcok na oboch skúmaných pracoviskách rovnako. Výskumom sme zistili, že na KUČH odpovedalo 58 respondentov, z čoho 42 uviedlo, že im boli poskytnuté kompenzačné pomôcky ešte počas ich pobytu v zdravotníckom zariadení. Na KOaTPÚ odpovedalo 54 respondentov, z čoho sa 36 vyjadrilo, že žiadne informácie ani kompenzačné pomôcky nedostali. Ďalej sme zisťovali, či respondenti používajú kompenzačné pomôcky po implantáciách kĺbov. Na oboch chirurgických pracoviskách vyjadril najväčší počet respondentov (65 %), že s používaním kompenzačných pomôcok úplne súhlasí. Na základe zhodnotenia všetkých troch sledovaných položiek tvrdíme, že pacienti po endoprotézach mali poskytnuté potrebné informácie o dostupnosti a využívaní kompenzačných pomôcok.

Vyhodnotenie pracovnej hypotézy H5- Obezita aj osteoporóza patria do skupiny chronických ochorení so spoločnými znakmi a multifaktoriálnou etiológiou. Podieľajú sa na vzrastajúcej mortalite a morbidite a majú stúpajúcu prevalenciu. V tejto hypotéze sme predpokladali, že obezita, osteoporóza a charakter vykonávaného zamestnania nie sú u žien častejšími indikátormi pre operačný zákrok ako u mužov. Zúčastnení mužskí respondenti uviedli, že sa v 12 prípadoch liečia na osteoporózu a v 17 prípadoch na obezitu. Ženski respondenti uviedli, že osteoporózu trpí 30 respondentiek a 29 trpí obezitou. Ďalšou skúmanou dotazníkovou položkou sme zisťovali, či charakter vykonávaného zamestnania a pohlavie sú indikátory pre operačný zákrok. Respondenti vo svojich odpovediach uviedli najčastejšie fyzický vykonávaný charakter práce a to 38 žien a 29 mužov. V oboch pozorovaných položkách sa nám potvrdilo, že obezita, osteoporóza a charakter vykonávaného zamestnania nie sú u žien častejšími indikátormi pre operačný zákrok ako u mužov.

Diskusia

Ochorenia kostí a kĺbov predstavujú najčastejšie príčiny chronických stavov a invalidity po celom svete. Najčastejšie používanou endoprotézou je náhrada bedrového kĺbu. Totálna endoprotéza je umelá náhrada postihnutého kĺbu. Na ochorenia pohybového aparátu sa lieči asi 12 % svetovej populácie, pričom môžu postihovať akýkoľvek kĺb v ľudskom tele. Životnosť totálnej endoprotézy je v priemere asi 20 rokov. Pre veľa ľudí je možnosť náhrady bedrového kĺbu jediný spôsob návratu späť do života bez bolesti a bez pohybových [6]. Úspech je však závislý od správnej prípravy pacienta pred operáciou, na samotnej implantácii a pooperačnom doliečení. Operačný úspech totálnej endoprotézy závisí od viacerých faktorov, ako je len samotná voľba vhodnej endoprotézy. Je však dôležité aby pacienti po endoprotézach vedeli, že implantát sa svojim zaťažovaním postupne opotrebováva. Dôležitým krokom po operačnom zákroku je doliečenie pacienta a rehabilitácia. Kĺbová náhrada prinavracia pacientovi takmer plné zdravie pohybového aparátu a umožňuje mu plnohodnotný život. Endoprotéza umožňuje návrat do zamestnania ale aj možnosť plnohodnotne žiť a športovať. V našej práci sme sa zamerali na problematiku manažmentu starostlivosti o pacienta po endoprotézach. V rámci praktickej časti sme realizovali výskum, ktorý bol zameraný na poznanie ako implantácia endoprotézy dokáže ovplyvniť peceptibilitu zdravotného stavu pacienta.

Výsledky vychádzajú z dotazníkového výskumu, ktorý bol realizovaný v Univerzitnej nemocnici L. Pasteura v Košiciach, na Klinike úrazovej chirurgie na Rastislavovej ulici č. 43 a na Klinike ortopédie a traumatológie pohybového ústrojenstva na Tr. SNP1. Vo výskume sme si stanovili niekoľko cieľov. Prvým cieľom sme chceli zistiť rozdiely vo vnímanosti pacienta pred a po implantácii totálnej endoprotézy. K tomuto cieľu sme si stanovili pracovnú hypotézu H1₀ a H1₁. Pri overovaní tejto hypotézy nás zaujímalo, či došlo k zlepšeniu subjektívneho vnímania zdravotného stavu po implantácii bedrového alebo kolenného kĺbu. Vnímanosť bolesti pacientom sme skúmali aj v ďalšej stanovenej pracovnej hypotéze H3₀ a H3₁, kde sme skúmali, či je bolesť faktorom, ktorý je vnímaný medzi jednotlivými pohlaviami rozdielne.

Samotným výskumom sme sa pokúsili zistiť rozdiely vo vnímanosti bolesti u pacientov pred operáciou a po nej. Vo kladených otázkach dotazníku mali respondenti uviesť, ako vnímali bolesť pred operáciou, kde až 39% uviedlo, že pociťovali krutú bolesť. Intenzívnu bolesť označilo 31 %

opýtaných a 16 % respondentov trpelo neznesiteľnou bolesťou. Z týchto výsledkov je zrejme, že viac ako polovica respondentov pred operáciou označila na Melzackovej stupnici bolesti intenzitu bolesti na pozícii 4 a 5, čo považujeme ako zásadný faktor, ktorý významným spôsobom negatívne ovplyvňoval subjektívne vnímanie ich zdravotného stavu. V porovnaní s výsledkami v dotazníkovej položke, ktorá bola zameraná na vnímanie bolesti u pacienta po operácii môžeme konštatovať, že až 79 % zúčastnených respondentov sa malo po operácii oveľa lepšie. Z výsledku výskumu teraz vieme, že došlo k zlepšeniu subjektívneho vnímania bolesti, pričom 30% opýtaných uviedlo pooperačnú bolesť za miernu a 29% za neprijemnú. Vyhodnotené výsledky nám ukazujú, že pomer pacientov pred operáciou sa zmenil so stavom po operácii, kde nadpolovičná väčšina respondentov pociťovala výrazné zlepšenie. Ďalšími otázkami na respondentov sme zisťovali, ako zúčastneným respondentom zabraňovala bolesť a obmedzený pohyb vo vykonávaní bežných denných činností doma a v zamestnaní. Z výsledkov výskumu je zrejme, že aj tu došlo po operácii k zlepšeniu subjektívneho vnímania zdravotného stavu, čo sa prejavilo najmä znížením vnímania bolesti a odstránením predchádzajúcich obmedzení. Z opýtaných respondentov si 27 % myslí, že po operácii nebude pociťovať žiadne obmedzenia.

Správanie jednotlivcov a percepčia bolesti sú ovplyvňované kultúrnymi a psychologickými faktormi. Psychologické faktory zahŕňujú schopnosť posúdiť bolesť, mechanizmus vyrovnávania sa s bolesťou a túto schopnosť vyjadriť v individuálnom správaní. Podľa Rybárovej a Žultákovskej majú muži aj ženy rozdielne rolové očakávania. K tvrdeniu autoriek sa v našej práci prikláňame aj my. Stanovenou pracovnou hypotézou H3 sme predpokladali, že pohlavie vplyva na vnímanie bolesti. Ženy vnímajú bolesť ako súčasť svojich biologických procesov. Vo svojom živote sa ženy naučia zvládať slabú a miernu bolesť, pričom dokážu rozlíšiť fyziologickú bolesť od potenciálne patologickej. Muži opisujú bolesť objektívnym popisom fyzických faktorov a obmedzení a neudávajú kontextuálne faktory [7]. Tieto rozdiely medzi mužmi aj ženami vysvetľujú aj odpovede na otázky v našom dotazníkovom šetrení. Ďalším skúmaním sme zisťovali, aký charakter bolesti pociťujú muži a ženy po operácii. U mužov za najviac označovanú bolesť bola označovaná vystreľujúca bolesť, čo predstavovalo 32,5 % respondentov a u žien to bola bolesť bodavá, čo predstavovalo 41,7 % respondentov. Jednou zo skúmaných otázok bolo, kedy muži a ženy počas dňa vnímajú bolesť najintenzívnejšie. Aj v tomto prípade sme zistili signifikantný rozdiel vo vnímanosti bolesti u jednotlivých pohlaví. Vyhodnotením výskumu nám vyšlo, že najintenzívnejšiu bolesť pociťujú ženy ráno a muži večer. Poslednou otázkou, ktorou sme v hypotéze H3 skúmali rozdielnosť vo vnímanosti bolesti u oboch pohlaví sme zisťovali, či existuje rozdiel v pravidelnom užívaní liekov proti bolesti. Až 63 % žien uviedlo, že nepotrebuje pravidelne užívať tieto lieky a 37 % mužov uviedlo, že potrebuje pravidelne užívať lieky. Aj tu môžeme vyjadriť presvedčenie, že existuje určitá závislosť vo vnímaní bolesti medzi jednotlivými pohlaviami.

Druhým cieľom, ktorý sme si v našej diplomovej práci stanovili bolo zistiť, či majú pacienti pred plánovanou operáciou endoprotézy poskytnuté dostatočné informácie o možnostiach liečby, rizikách operačného zákroku, o liečebných, diagnostických a terapeutických postupoch ako aj o možných rizikách a následkoch spojených so zdravotnou starostlivosťou. Pre dosiahnutie tohto cieľa sme si stanovili pracovnú hypotézu H2₁, v ktorej sme predpokladali, že pacientom na oboch skúmaných chirurgických pracoviskách boli poskytnuté informácie

o plánovanom operačnom zákroku a pooperačnom priebehu liečby od ošetrojúceho personálu na požadovanej úrovni.

Záver

Otom, že sa niečo deje nás najprv upozorní bolesť, ktorá vzniká z poškodeného kĺbu. Endoprotézy kĺbov patria k najúčinnjším terapeutickým metódam u pacientov s ťažkými zmenami na kĺboch. Pre kĺby platí rovnaké pravidlo, ako pre všetky orgány v ľudskom tele a to, že kým sú zdravé nevieme o nich. Endoprotéza prináša do života chorého veľa pozitívneho ako je zbavenie bolesti, obnovenie funkcie kĺbu ale aj veľa negatívneho ako je napríklad riziko infekcie, veľké krvné straty alebo obmedzenia po operácii[8]. Naším výskumom sme sa zamerali na zistenia ako dokáže endoprotéza ovplyvniť vnímanie pacienta. Ak dôjde k poškodeniu kĺbu, dochádza aj k obmedzeniu chorého bolesťou ale aj nevyhovujúcou funkciou v ktorej dôsledku sa pacient stáva nesebestačným a odkázaným na pomoc iných. Podľa Slovenského artroplastického registra sa očakáva nárast operácii bedrových a kolenných endoprotéz v dôsledku zvyšujúcej sa priemernej dĺžky života a vplyvom starnutia generácie. Bolesť radíme ako hlavný indikátor, ktorý významným spôsobom ešte pred samotným operačným zákrokom ovplyvňuje perceptibilitu zdravia človeka [9]. Implantácia endoprotézy pozitívne ovplyvňuje subjektívne vnímanie zdravotného stavu u pacientov.

Literatúra

1. Bartoníček J, Hert J, *Základy klinické anatomie pohybového aparátu*. Praha : MAXDORF s. r. o., nakladatelství odborné literatury, 2004. 256 s. ISBN 80-7345-017-8.
2. Farkašová D, et al. *Výskum v ošetrovateľstve*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2002. s. 29-39. ISBN 80-8063-111-5.
3. Slovenský artroplastický register. *Zoznam pracovísk v Slovenskej republike, naktorých sa vykonávajú endoprotetické operácie a informácie o počte endoprotetických operácií vykonaných na jednotlivých pracoviskách*. [online]. Martin : Univerzitná nemocnica Martin, 2015. [cit. 2015.01.09.] Dostupné na internete: <<http://sar.mfn.sk/pracoviska>>.
4. Kovaříková L, *Návaznosť zdravotní a sociální péče pohledem sociálních pracovníků ve zdravotnictví*. [Online] 2016. [Datum: 5. 5 2019.] Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/39662>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
5. Kuzníková I, *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha : Grada, 2011. ISBN 9788024736761.
6. Tichý M, *Dysfunkce kloubu VI. Horní končetina*. Praha : Vydalo nakladatelství Miroslav Tichý, 2008. 129 s. ISBN 978-80-254-3489-5.
7. Rybárová Ľ, Žultáková S, *Bolesť: Muži versus ženy. In Sestra*. ISSN 1335-9444, 2006, roč. 5, č. 5-6, s. 26 - 27.
8. Vendsche P, et al. *Perioperační ošetrovateľská péče*. Praha : Vydavateľství Galen, 2012. 115 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
9. Babečka J, Višňovcová E, *Faktory ovplyvňujúce ošetrovateľskú starostlivosť o seniora v terminálnom štádiu ochorenia. Zdravotnícke štúdie*. 2021; Roč 13, č. 1

Kontakt:

PhDr. Richard BÁRTA, PhD., MPH
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Nám. 1. mája č. 1, Bratislava 811 06
e-mail: bartarichardsp@gmail.com