



Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.
26-617 Radom, ul. Juliana Aleksandrowicza 5

**PROGRAM EDUKACYJNY SKIEROWANY
DO PACJENTÓW PO
ENDOPROTEZOPLASTYCE
STAWU BIODROWEGO ORAZ ICH RODZIN I OPIEKUNÓW**

*opracowała mgr Anna Adam, specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego, Oddział Chirurgii
Ortopedyczno-Urazowej*

W krajach rozwiniętych średnia długość życia to coraz częściej 70 i więcej lat. Społeczeństwo naszego kraju stopniowo się zbliża się do tej granicy. Założenie endoprotezy stawu biodrowego umożliwiło wielu ludziom normalne funkcjonowanie w społeczeństwie, kontynuację pracy zawodowej, a u osób starszych samodzielne życie. Użycie nowoczesnych technik znieczulania, zmniejszyło liczbę przeciwwskazań do tej formy leczenia operacyjnego.

Wskazaniem do implantacji endoprotezy, w przebiegu przewlekłych chorób obejmujących staw biodrowy są zaawansowane zmiany destrukcyjne w obrazie radiologicznym, ból i ustawienie stawu często w przykurczu. Endoprotezy najczęściej zakłada się w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego, chorobach układowych tkanki łącznej takich jak reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, toczeń rumieniowaty układowy. W związku z przedłużeniem średniej wieku przeżycia, wzrasta liczba osób z osteoporozą, której konsekwencją są złamania w obrębie nasady bliższej kości udowej. Jedynym rozwiązaniem w tych przypadkach, często ratującym życie, jest endoprotezoplastyka biodra.

O końcowym wyniku leczenia metodą endoprotezo plastyki całkowitej decyduje nie tylko profesjonalne wykonanie samego zabiegu. Równie ważne jest fizyczne i psychiczne przygotowanie chorego do planowanej operacji oraz właściwa pielęgnacja przed- i pooperacyjna. Istotne przy tym jest przekonanie pacjenta o potrzebie leczenia i rehabilitacji. Dla chorego ważna jest poprawa sprawności w zakresie wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, lepszego samopoczucia i jakości życia.

Pielęgniarka opiekując się pacjentem szczególną uwagę zwraca na jego wczesną aktywizację ruchową. Celem opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta we wczesnym okresie pooperacyjnym jest przywrócenie możliwości sprawnego i samodzielnego funkcjonowania. Podstawową formą rehabilitacji pielęgniarskiej wg Rosławskiego jest ułożenie leżnicze, zapobieganie odleżynom, przykurczom, zastojowi żylnemu, zapaleniu płuc. Inne działania to: prowadzenie ćwiczeń biernych, bierno-czynnych, obracanie pacjenta w łóżku, pomaganie mu przy siadaniu, wstawaniu, przechodzeniu z pozycji siedzącej do stojącej.

Uświadomienie choremu zagrożeń oraz instruktaż dotyczący zachowań związanych z czynnościami życia codziennego, pozwoli na prawidłową ochronę implantowanej endoprotezy biodra.

CELE PROGRAMU

Cel główny

- Maksymalne usprawnianie i usamodzielnianie pacjenta, zapewniając mu jednocześnie bezpieczeństwo funkcjonowania po wypisie ze szpitala.

Cele szczegółowe

- Dokładne rozpoznanie stanu wiedzy pacjenta i rodziny.
- Przygotowanie psychiczne pacjenta do zabiegu operacyjnego.
- Zapobieganie wystąpieniu powikłańm płucnym i krążeniowym w okresie pooperacyjnym.
- Przekazanie informacji dotyczących kontroli masy ciała, ogólnej aktywności fizycznej.
- Zachowanie pamięci ruchowej.
- Zapobieganie odleżynom.
- Zapobieganie zanikom mięśniowym.
- Uzyskanie zdolności lokomocyjnej, nauka korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego.
- Wyrobienie nowego stereotypu chodu.
- Profilaktyka przeciwzakrzepowa i przeciwobrzękowa.
- Uświadomienie choremu i rodzinie zagrożeń oraz instruktaż dotyczący zachowań związanych z czynnościami życia codziennego.

Metody

- eksponujące – pokaz
- praktyczne – ćwiczenia
- problemowe – dyskusja
- podające – opis

Środki dydaktyczne

- broszura

Formy realizacji

- indywidualne,
- grupowe

ZAKRES TREŚCI KSZTAŁCENIA

Zmiany chorobowe stawu biodrowego

Zmiany zwyrodnieniowe stawów biodrowych należą do najczęstszych chorób narządu ruchu. Pojawiają się przeważnie u ludzi starszych, ale mogą występować i u ludzi młodych, w trzeciej dekadzie życia. Stanowią one zespół zmian patologicznych wywołanych różnorodnymi czynnikami przyczynowymi. U części osób nie powodują dolegliwości, jednak u większości są przyczyną bólów i zaburzeń czynności narządu ruchu. Zmiany te są zespołem chorobowym polegającym na przedwczesnym zużyciu i zwyrodnieniu chrząstki stawowej. Do najczęstszych uszkodzeń chrząstki należą:

- proces zapalny, urazy, przeciążenia stawów, niesymetryczny nadmierny ucisk (np. udo szpotawe, kolano koślawe)
- wibracja, ograniczenie ruchów, brak kontroli nerwowo-mięśniowej,
- nieprawidłowe ruchy w stawach w następstwie uszkodzenia więzadeł,
- nieprawidłowe stosunki biomechaniczne stawu jak niezborność, nadwichtnięcia
- odkształcenia nasad bliższych stawów na tle patologicznej podatności kości na nacisk np. w następstwie odwapnienia, procesów zapalnych itp.

Zmiany zwyrodnieniowe mają charakter powolny, lecz postępujący i prowadzą do ograniczenia zakresu ruchomości, powodując dolegliwości bólowe, zaniki mięśni, przykurcze, usztywnienia w stawie i niepełnosprawność. Objawy choroby to najpierw niewielki ból wysiłkowy ustępujący w spoczynku i przekształcający się w ból ciągły. Ból występuje w okolicy pachwiny, górnej części uda, a niekiedy tylko w stawie kolanowym. Obserwujemy ograniczenie rotacji wewnętrznej uda, wyprostu i odwodzenia. Najdłużej zachowany jest ruch zgięcia. Ból powtarzający się przy ruchach jest przyczyną odruchowego wzmożenia napięcia mięśni i powoduje ustawienie kończyny w zgięciu, przywiedzeniu i rotacji zewnętrznej. Z biegiem czasu rozwija się przykurcz w tej pozycji, co powoduje względne skrócenie kończyny dolnej. W miarę progresji choroby przeciążeniu ulegają powierzchnie stawowe, następują zaburzenia ukrwienia czynnego stawu oraz zastój żylny. W okresie pełnego rozwoju choroby stwierdza się charakterystyczne objawy radiologiczne: nieregularne zwężenia lub zniesienia szpary stawowej, ubytki na powierzchniach stawowych, zagęszczenia tkanki kostnej na stopie panewki i górną - zewnętrzną część głowy kości

udowej. Stopniowo dochodzi do osłabienia i zaniku mięśni uda i pośladka. Opisane zmiany utrudniają schyłanie się, siadanie, chodzenie i doprowadzają zwłaszcza przy zmianach obustronnych do ciężkiego inwalidztwa.

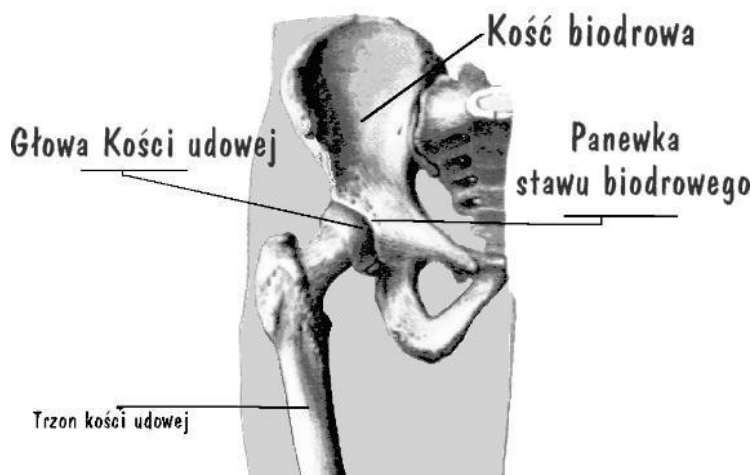
Decyzję o wykonaniu wszczepienia całkowitej endoprotezy stawu biodrowego podejmuje wtedy, gdy rozwijające się zmiany zwyrodnieniowe pomimo leczenia zachowawczego osiągają etap, w którym normalne funkcjonowanie stawu jest niemożliwe, a ból pojawiający się początkowo wyłącznie po dłuższym wysiłku np. forsownym marszu lub dźwiganiu (nazywamy wysiłkowym), zjawia się samoistnie oraz budzi z głębokiego snu (ten charakter bólu określamy jako spoczynkowy). Dolegliwości z tym związane są tak dokuczliwe, że przekraczają granice wytrzymałości pacjenta. Jest to faza zaawansowanego procesu zwyrodnieniowego. Ta faza choroby, wg obecnego stanu wiedzy ortopedycznej, kwalifikuje chorego do operacji bez względu na wiek. Warunkiem jest ukończenie wzrostu kostnego u osób młodych oraz taki stan ogólny zdrowia, który pozwala na przeprowadzenie poważnej operacji bez podejmowania nadmiernego ryzyka.

Z inną sytuacją mamy do czynienia, gdy w stawie biodrowym dochodzi do urazu skutkującego złamaniem szyjki kości udowej. Dotyczy to najczęściej osób w podeszłym wieku, u których ma miejsce znaczne osłabienie wytrzymałości mechanicznej tkanki kostnej. Przyczyną jest stopniowy ubytek masy kostnej na skutek przewagi procesów kościogubnych nad kościotwórczymi. Prowadzi to do osteoporozy. Jest to naturalny mechanizm, który rozpoczyna się po 35.-40. r. ż.. Jego tempo warunkuje wiele czynników niezależnych, ale również zależnych. Na te drugie możemy mieć istotny wpływ i - eliminując je - znacznie spowolnić zmniejszanie się gęstości kości. Eliminacja zależnych czynników ryzyka, jakimi są nieprawidłowa dieta uboga w składniki mineralne (głównie wapń) i witaminy, nadmiar kofeiny, nikotynizm, przewlekła terapia lekami steroidowymi (hormony kory nadnercza), brak ruchu i gimnastyki na świeżym powietrzu bogatym w tlen, może uchronić nas przed przykrymi i ryzykownymi zdarzeniami.

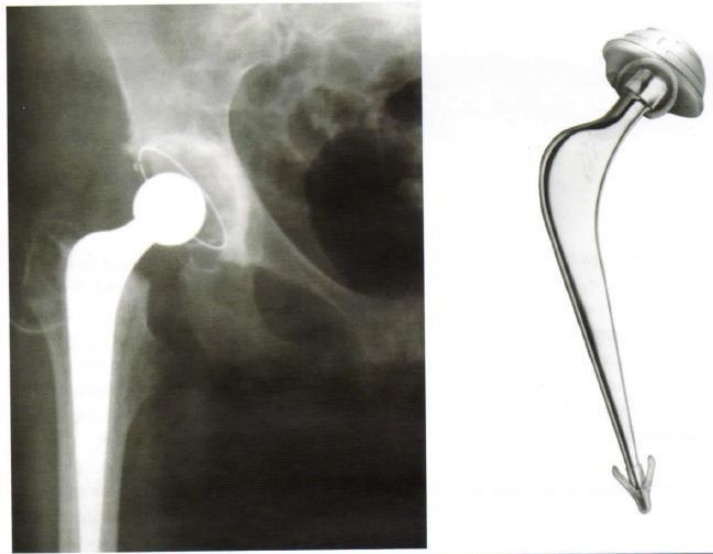
Staw biodrowy jest stawem kulistym, panewkowym, charakteryzującym się rozległym ruchem. Głównymi elementami budowy stawu biodrowego są: głowa kości udowej i panewka kości biodrowej. Oba te elementy połączone są ze sobą silnym aparatem więzadłowo-torebkowym. Ruchy w stawie biodrowym odbywają się wokół 6 różnych i różnokierunkowych osi. Wokół osi strzałkowej stawu biodrowego odbywają się ruchy odwodzenia i przywodzenia kończyny dolnej. Dookoła osi poprzecznej zachodzą ruchy zgięcia i prostowania uda, a dookoła osi obrotu stawu odbywają się ruchy rotacyjne (obrót zewnętrzny i wewnętrzny uda). Dla prawidłowej pracy stawu biodrowego muszą być spełnione odpowiednie warunki, tzn. prawidłowa budowa wszystkich części składowych stawu oraz odpowiednia siła i napięcie mięśni, więzadeł uda i obręczy biodrowej. W przypadku, gdy któryś z tych elementów zawodzi prowadzi to, w konsekwencji do zmian chorobowych, postępującego zwyrodnienia stawu biodrowego.

RODZAJE ENDOPROTEZ STAWU BIODROWEGO

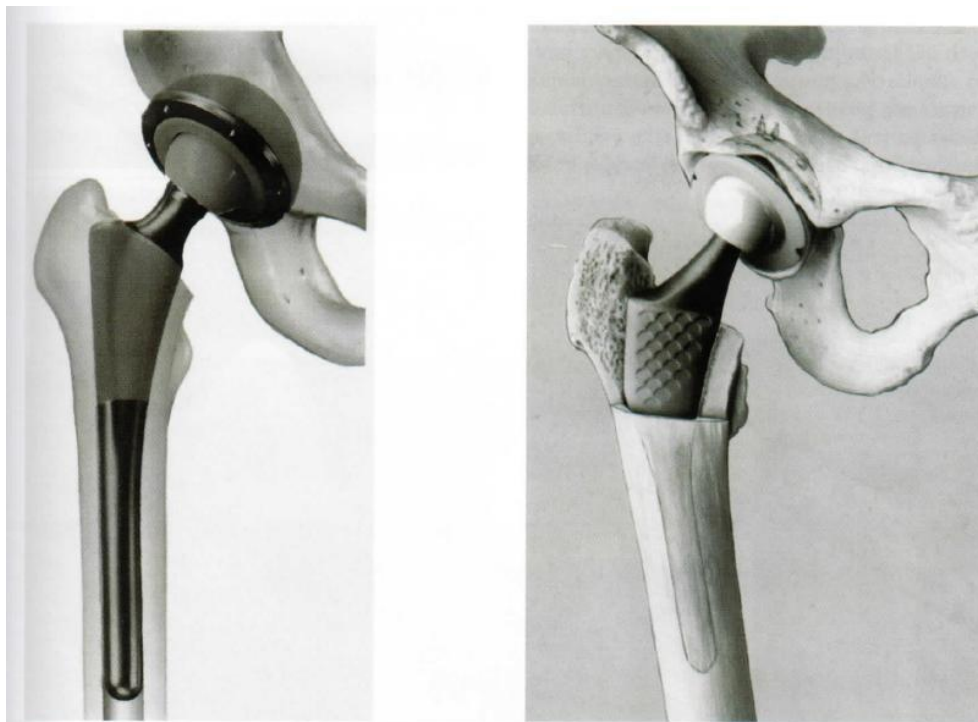
Operacja protezowania stawu biodrowego, zwana także całkowitą endoproteoplastyką stawu biodrowego polega na usunięciu zniszczonego stawu biodrowego i zastąpieniu go sztucznym, czyli protezą. Endoproteza składa się z elementu zastępującego bliższą część kości udowej (czyli trzpienia wykonanego ze stopu metali i głowy wykonanej ze stopu metali lub ceramiki lub z tworzywa sztucznego). Implanty używane w endoprotezoplastyce stawu biodrowego są wykonane z materiałów biokompatybilnych, czyli akceptowanych przez organizm i stworzonych w sposób, który zapewni największą odporność na korozję, niszczenie i zużycie. Panewka i trzpień mogą być mocowane bezpośrednio do kości lub za pomocą specjalnego kleju zwanego cementem. Wybór rodzaju endoprotezy i techniki operacyjnej zależy od zaawansowania zmian zwyrodnieniowych, wieku pacjenta i jego stanu zdrowia.



Ryc.1. Budowa prawidłowego stawu biodrowego.



Ryc.2. Endoproteza cementowana z nasadką centrującą na końcu trzpienia. Panewka polietylenowa, trzpień i głowa metalowe.



Ryc.3. Endoprotezy bezcementowe. Po lewej – powierzchnie napyłane porowatym tytanem; po prawej – hydroksyapatytem.

Wg Pozowskiego szerokie zastosowanie, zwłaszcza u osób młodych i w średnim wieku ma kapoplastyka zwana alloplastyką powierzchniową. Zastępuje ona zniszczone powierzchnie stawowe, a operator usuwa jedynie zniszczoną chrząstkę i warstwę podchrzęstną, oszczędzając głowę i szyjkę kości udowej.



Ryc. 4. Kapoplastyka z możliwością wymiany kapy głowowej na trzpień standardowy z dużą głową i pozostawieniem elementu panewkowego.

OPIEKA PRZEDOPERACYJNA I EDUKACJA

W fazie usprawniania przedoperacyjnego kładziemy nacisk na następujące elementy:

- ćwiczenia oddechowe, celem zwiększenia ruchomości klatki piersiowej, poprawę funkcji przepony, mięśni klatki piersiowej, nauczanie pacjenta efektywnego odkrztuszania, co ma istotne znaczenie w okresie wczesnym pooperacyjnym dla profilaktyki powikłań oddechowych,
- nauka ćwiczeń izometrycznych spełniających ważną rolę w zapobieganiu powikłań zakrzepowych,
- ćwiczenia wzmacniające obręcz barkową, kończyny górne w kontekście pooperacyjnego odciążenia operowanej kończyny dolnej i przeniesienia obciążenia ciała na kończyny górne,
- dalszą naukę chodzenia z kulami, odciążania chorej kończyny.
- nauka wstawania z łóżka po operacji, korzystania z przewidywanych pomocy ortopedycznych, wykształcenia nawyku nie krzyżowania kończyn dolnych. Uczymy chorego umiejętności korzystania z dodatkowych urządzeń pomocniczych, jak

chwytki, wsięgniki, łyżki do butów z przedłużoną rączką. Należy nauczyć chorego umiejętności podnoszenia przedmiotów z ziemi.

WCZESNE LECZENIE USPRAWNIAJĄCE

- W dobie zerowej po zabiegu pacjent przebywa do rana następnego dnia w sali pooperacyjnej. Istotne jest wtedy wykonywanie ćwiczeń oddechowych (co godzinę 10 głębokich wdechów nosem z równoczesnym unoszeniem ramion oraz wydech ustami z opuszczonymi ramionami). Po ustąpieniu znieczulenia i powrocie napięcia mięśniowego jako pierwsze są wprowadzane ćwiczenia izometryczne. Mają one na celu nauczenie chorego dynamicznej stabilizacji układu panewka/Głowa endoprotezy przed każdą - to ważne – zmianą pozycji operowanej kończyny. Operowani w znieczuleniu rdzeniowym czy nadoponowym leżą płasko i nie powinni zbyt wcześnie unosić głowy i tułowia. Może to spowodować intensywne, kilkudniowe bóle głowy.
- W pierwszej dobie po zabiegu pacjent powraca do swojej sali i kontynuuje ćwiczenia oddechowe w celu zapobieżenia zaleganiu wydzieliny w drzewie oskrzelowym. Zaleganie pogarsza wentylację może prowadzić do zapalenia płuc. Jest to szczególnie groźne u ludzi w podeszłym wieku. Można dowolnie długo przebywać w pozycji półsiedzącej. Kontynuuje się ćwiczenia izometryczne mięśni brzucha, pośladków, ud i podudzi. Istotą tych ćwiczeń jest równomierne napinanie mięśni przez mniej więcej 10 sekund w 10-15 cyklach oraz powtarzanie tych ćwiczeń co 2 godziny.
- W 1 – 2 dobie po operacji należy zabezpieczyć odpowiednią pozycję ułożeniową operowanej kończyny: w lekkim zgięciu w stawie biodrowym /15 – /, odwiedzeniu około , zgięciu w stawie kolanowym /15 – / z zabezpieczeniem przed skręceniem na zewnątrz /często stosuje się łuski zapobiegające skręceniom kończyny/, a także przywiedzeniem kończyny, /klin lub wałek między nogami/. Dbłość o właściwą pozycję ułożeniową po operacji należy do całego zespołu leczącego, a więc pielęgniarek, fizjoterapeutów, lekarzy ortopedy i rehabilitacji medycznej.
- Następne doby to czas ćwiczeń wymagających bardziej intensywnego wysiłku. Rozpoczyna się od ćwiczeń czynnych zginania i prostowania kończyny w operowanym stawie. Podczas tych ruchów pięta operowanej kończyny powinna przesuwac się po materacu. Chorym bardziej sprawnym pozwala się na unoszenie operowanej kończyny wyprostowanej w kolanie. Ćwiczenia te powinny być wykonywane z kończyny lekko

odwiedzianej i zrotowaną na zewnątrz, jeżeli dostęp do stawu był tylny, lub lekko zrotowaną do wewnątrz, jeśli zastosowano dostęp przedni. Jeżeli któreś z ćwiczeń jest bolesne, należy odroczyć jego wykonywanie.

- Stopniową pionizację pacjent rozpoczyna od siadania na brzegu łóżka. W pierwszych dniach zaczyna się chodzenie z pomocą balkonika z pełnym odciążeniem kończyny operowanej. Bardziej sprawni pacjenci rozpoczynają chodzenie od razu z kulami. Na tym etapie pacjent powinien być zaopatrywany w wygodne, najlepiej sportowe obuwie. Zwykle po endoprotezoplastyce cementowej częściowe obciążanie operowanej kończyny rozpoczyna się po 3 tygodniach od operacji, po bezcementowej – po 4 tygodniach. Kule powinny być używane do 3 miesięcy po założeniu protezy, po tym okresie – do 6 miesięcy pacjent chodzi z jedną kulą – po stronie nieoperowanej. Jednak o czasie odciążenia operowanej kończyny decyduje operator i zależy on od typu protezy, sposobu jej osadzenia w kości, warunków anatomicznych do jakich doszło po operacji.

Chodzenie w pierwszym okresie przy balkoniku czy z kulami ma zabezpieczyć operowanego przed utratą równowagi i groźnym w następstwach upadkiem, ma dać czas na przywrócenie czucia głębokiego w stawie (propriocepcji), zwiększającego stabilność postawy, a u osób mało sprawnych i ze znaczną nadwagą - wyeliminować możliwość destabilizacji wszczepu. Przy endoprotezach cementowanych nie ma ryzyka destabilizacji, ale pozostaje ryzyko upadków, zwłaszcza że są to protezy osadzone u osób zaawansowanych wiekowo z niską wytrzymałością mechaniczną kości. Poprawa sprawności chodu i wydolności fizycznej pozwala na odstawienie jednej kuli i posiłkowanie się drugą, trzymaną po stronie przeciwnej do operowanej.

POSTĘPOWANIE PODCZAS WYKONYWANIA CZYNNOŚCI DNIA CODZIENNEGO

Określone pozycje ciała mogą spowodować, że nowa głowa stawu wyslizgnie się z panewki protezy i przemieści się poza nią powodując zwichnięcie endoprotezy. Częstymi problemami są również - obluzowywanie (utrata przez endoprotezę stabilności) się protezy lub jej zużycie.

Na obluzowanie się wszczepów może mieć wpływ powstania odczynu zapalnego w tkankach otaczających. Proces zapalny rozwija się nawet wiele lat po operacji, a ognisko infekcji może być zlokalizowane w znacznej odległości od stawu biodrowego. Bardzo wiele zależy od pacjenta. Czynniki, które negatywnie wpływają na endoprotezę to:

- nadwaga i praca fizyczna wymagająca dźwigania, sporty przeciążające nadmiernie biodra, rezygnacja z wyznaczonych terminów badań kontrolnych,
- lekceważenie pierwszych pojawiających się dolegliwości w operowanym stawie lub jego okolicy, dopuszczanie do rozwoju infekcji (ognisk ropnych) w zębach, nosie, gardle, na skórze (ropnie, czyraki, owrzodzenia podudzi, róża), zapalenie żył, bakteryjnych zakażeń dróg moczowych, ognisk zapalnych w drogach rodnych; stanowią one potencjalne źródło infekcji i mogą skrócić czas bezbolesnego funkcjonowania stawu biodrowego,
- stale obowiązuje zupełny zakaz noszenia ciężarów. W sytuacji przymusowej należy ograniczyć do niezbędnego minimum liczbę kilogramów oraz drogę ich przenoszenia, a ciężar trzymać przed sobą lub po stronie kończyny operowanej; najlepiej zaopatrzyć się w takich wypadkach w wózek na zakupy.

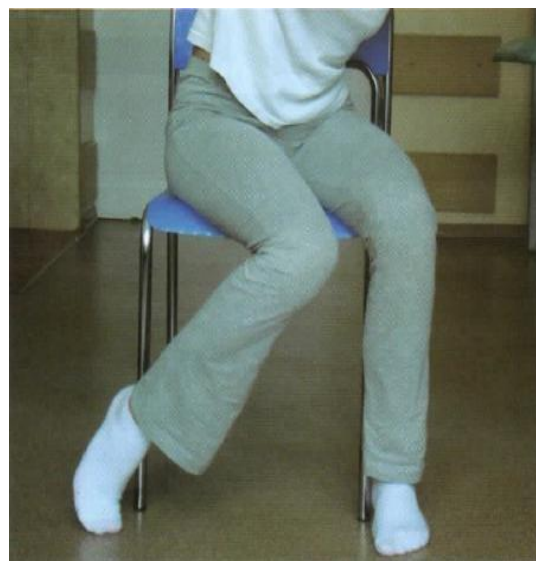
Czynności dnia codziennego wymagają częstej zmiany pozycji, między innymi w operowanym stawie. Stosując poniższe wskazówki Pozowskiego A., Krasuskiego, Księżopolskiej – Pietrzak K. [5, 6, 7] uniknie się mechanicznego uszkodzenia tj. zwichnięcia protezy, odklejenia panewki lub obrotowego przemieszczenia się trzpienia endoprotezy.

Siadanie

Pozycja siedząca, a przede wszystkim siadanie i wstawanie będą bezpieczne, jeżeli uda będą lekko odwiedzone i wraz z tułowiem będą tworzyć kąt prosty. Pomaga o tym pamiętać nawyk opierania rąk na kolanach przy wyprostowanych kończynach w stawach łokciowych. Najczęściej popełniany błąd skutkujący zwichnięciem to próba podniesienia podczas siedzenia jakiegoś przedmiotu z podłogi.



Ryc. 5. Siadanie i wstawanie.



Ryc. 6. Pozycja zagrażająca zwichnięciem.

- przy schylaniu się po przedmioty korzystaj z dodatkowych urządzeń pomocniczych, jak chwytaki, wsięgniki, łyżki do butów z przedłużoną rączką. Szczególnie niebezpieczne są równoczesne ruchy zgięcia i przywodzenia uda operowanej kończyny. Bezpieczny sposób podnoszenia z podłogi przedstawia poniższe zdjęcie – stojąc na kończynie zdrowej i przytrzymując się ręką przeciwną, należy się pochylić, utrzymując w wyproście kończynę operowaną.



Ryc. 7. Poprawny sposób podnoszenia przedmiotu.

- niewskazane jest siadanie na brzegu krzesła, pochylanie się boki, siadanie z nogą założoną na nogę,
- krzesło czy fotel nie może być zbyt miękkie ani zbyt głębokie, najlepiej z podparciem pod nogi i możliwością uniesienia podpórki do poziomu (pozycja przeciwozrętkowa).

Toaleta

Kąpiel i mycie się.

W pierwszych tygodniach najlepiej korzystać z prysznica i szczotki z długim trzonkiem, a jeśli ktoś jest jeszcze zbyt słaby, może korzystać z wysokiego stołka. Przeciwoślizgowa mata pod stopami zwiększa bezpieczeństwo. Nie zaleca się, zwłaszcza osobom niecierpliwym, korzystania od razu po powrocie do domu z wanny. Należy z tym poczekać do momentu, kiedy sprawność i siła mięśni zapewnia pacjentowi pewne wejście do niej i wyjście przy zachowaniu prawidłowego ustawienia kończyny w stawie biodrowym.



Ryc. 8. Przykładowy wygląd natrysku w łazience

Sedes

Bardzo wskazane jest posiadanie nakładki podwyższającej sedes. Można ją kupić w sklepach ze sprzętem rehabilitacyjnym. Zamocowanie na ścianach bocznych lub do podłogi w WC poręczy umożliwi bezpieczne siadanie i podnoszenie się sedesu osobom o znacznie obniżonej sprawności fizycznej.

Stanie

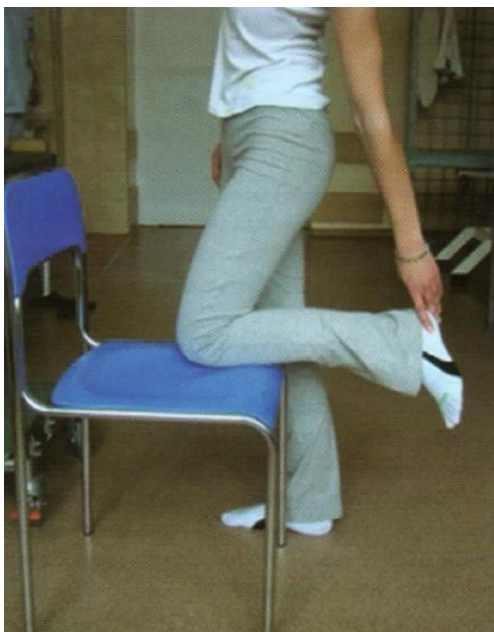
Ważne jest, aby podczas stania, jeżeli minie okres ograniczonego obciążania, stawać symetrycznie na obie kończyny. Obciążenie tylko jednej z nich może spowodować wystąpienie zmian przeciążeniowych. W sytuacji gdy biodro przeciwne do operowanego jest w nie najlepszej kondycji, dojdzie do szybszego narastania zmian zwyrodnieniowych. Aby się obrócić, należy skrócić nogi razem z miednicą, pamiętając jednocześnie o zakazie wykonywania gwałtownych ruchów. Obszerny obrót tułowia przy stopach przypartych do podłoża zagraża zwichnięciem.

Wstawanie z łóżka

Łóżko powinno być na tyle wysokie, aby pacjent, gdy usiądzie na jego brzegu, stopami dotykał podłogi.

Ubieranie się

Ubierając się nie należy się pochylać, zginać nadmiernie operowanego biodra, przyjąć bezpieczną i stabilną pozycję. Podczas ubierania się należy stawać tylko na nodze operowanej. Jeśli to konieczne lepiej wybrać ubieranie się w pozycji leżącej lub siedzącej. Buty powinny być wygodne, ze stabilnym, niewysokim obcasem. W ich wkładaniu pomocne są łyżka do butów z długim trzonkiem lub krzesło. Przy zgiętym kolanie nogi operowanej opartym na krześle naciągnięcie zapiętka buta nie sprawi trudności.



Ryc. 9. Bezpieczne zakładanie obuwia

Chodzenie po schodach

Dotyczy szczególnie tych operowanych, u których endoproteza bezcementowa nie osiągnęła jeszcze dobrej stabilizacji wtórnej, oraz chorych po operacjach rewizyjnych celem ochrony przeszczepów kostnych do momentu ich przebudowy oraz osiągnięcia odpowiedniej wytrzymałości mechanicznej. Podczas wchodzenia z dwiema kulami na stopniu wyżej najpierw należy postawić kończynę nieoperowaną i następnie dostawić kończynę operowaną wraz z kulami. Podczas schodzenia na stopniu niżej trzeba postawić kończynę operowaną wraz z kulami i dostawić kończynę nieoperowaną.



Ryc. 10. Wchodzenie po schodach przy pomocy kul łokciowych



Ryc. 11. Schodzenie po schodach przy pomocy kul łokciowych

Chodząc z jedną kulą po płaskim, należy trzymać ją po stronie przeciwnej do operowanej. Przy wchodzeniu z jedną kulą ręką przeciwną do strony operowanej trzeba przytrzymać się poręczy, w drugiej trzymając kulę. Przy schodzeniu z jedną kulą na stopniu niżej trzeba przytrzymać się poręczy, najpierw postawić kulę wraz z nogą operowaną, a następnie dostawić nieoperowaną.

Porządki

- Należy używać wszelkich pomocy technicznych, takich jak część czynności, jak mycie naczyń czy prasowanie, można wykonywać w pozycji siedzącej, pamiętając jednak dostosowaniu wysokości stołka do danego zajęcia,
- Nie wolno wspinać się po drabinach i piramidach ze stołków; wieszanie firanek czy wymianę żarówek należy pozostawić innym.
- Wyjątkowo niektóre prace można wykonać na klęczkach, przestrzegając zasady zachowania kąta prostego między tułowiem a udami. W żadnym wypadku nie można w klęku opierać pośladków na piętach
- Po powrocie ze szpitala powinno się wyeliminować na pewien czas przedmioty, o które można się potknąć.



Ryc. 12. Niewłaściwa pozycja w klęku

Spanie

Łóżko powinno być równe, wygodne i niezbyt miękkie. W 1-2 miesiącu zaleca się spanie na wznak z nogami w lekkim rozkroku. W 3-4 miesiącu można zacząć spać na boku nieoperowanym. Dobrze byłoby wówczas wkładać poduszkę między kolana. Zapobiega to nieświadomemu krzyżowaniu nóg w czasie snu podczas zmiany pozycji. Dowolna pozycja jest dopuszczalna po 5-6 miesiącach od operacji.



Ryc. 13. Sposób wypoczynku
(ułożenie na zdrowym boku)

Prowadzenie samochodu

Bezpieczne wsiadanie do auta, wysiadanie z niego oraz operowanie pedałami jest możliwe po 1-3 miesiący od operacji.

Wsiadanie do auta

- trzeba maksymalnie odsunąć siedzenie do tyłu,
- sięść tyłem, zostawiając nogi na zewnątrz,
- jedną ręką złapać za kierownicę lub deskę rozdzielczą, drugą za siedzenie i obrócić równocześnie nogi i tułów,
- fotel przesunąć na właściwe miejsce.

Wysiadanie z auta. Wykonać czynności jak przy wsiadaniu, ale w odwrotnej kolejności.



Ryc. 14. Wsiadanie i wysiadanie z auta

Sport

Przy uprawianiu sportu pacjent powinien kierować się rozważą i umiarkowaniem. Pływanie jest godne polecenia już od 2-3 miesiąca po zabiegu. Przy pływaniu żabką nie można wykonywać gwałtownych ruchów wyprostu.

Współżycie seksualne

Wbrew pozorom pytania dotyczące współżycia seksualnego nie są sporadyczne. Zadają je chorzy w różnym wieku, nie wyłączając pacjentów będących w 6, a nawet 7 i 8 dekadzie życia. Umiejętne i bezpieczne dla endoprotezy współżycie jest możliwe już w okresie wczesnej rekonwalescencji po opuszczeniu szpitala. W pierwszych kilkunastu tygodniach, jeżeli pacjentem był mężczyzna, wskazana jest większa aktywność partnerki. Poleca się wówczas pozycję, w której znajduje się ona nad partnerem, a jego operowana kończyna leży. Jeśli operację przeszła kobieta, przez 6 do 8 miesięcy powinna ona ograniczyć aktywność ruchową oraz dbać o to, aby kończyna, która przeszła operację, była w czasie uprawiania seksu ustawiona w pozycji przeciwdziałającej zwichnięciu.

OCENA SKUTECZNOŚCI EDUKACJI

1. Pacjenci i ich rodziny nabyli niezbędne umiejętności do podjęcia samo opieki po zabiegu endoprotezoplastyki.
2. Pacjenci edukowani szybciej wracają do zdrowia oraz wykazują wyższy stopień aktywności w czynnościach związanych z samoobsługą.
3. Dostarczenie informacji interesujących pacjenta doprowadziło do redukcji napięć psychicznych i niepewności co spowodowało poprawę stanu emocjonalnego.
4. Pacjent i jego rodzina przyswoili wszystkie środki ostrożności zapobiegające zwichnięciu endoprotezy przed wypisem ze szpitala.