

## **Program edukacji pacjenta z endoprotezą stawu biodrowego.**

Temat:

1. Program edukacyjny dla pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego.

2. Cel główny programu.

- Powrót pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego do samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym.
- Standaryzacja pracy z pacjentem po endoprotezoplastyce stawu biodrowego w celu podniesienia skuteczności procesu rehabilitacji.

3. Prowadzący mgr Mariola Springer specjalistka chirurgii ogólnej.

4. Odbiorcy / uczestnicy.

Pacjenci przebywający na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu po implantacji stawu biodrowego.

5. Miejsce Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu w Nowym Tomyszu.

6. Czas trwania zajęć cały pobyt hospitalizacji na oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.

7. Metody i techniki.

- Zapoznanie z materiałami dydaktycznymi programu na spotkaniach lekarzy, pielęgniarek oraz fizjoterapeutów nt. instruktazu,
- Rozmowy z pacjentem prowadzone przez lekarza prowadzącego, pielęgniarkę oraz fizjoterapeutę,
- Ćwiczenia z pacjentem.

## 8. Plan zajęć edukacyjnych.

- Warsztaty dla pracowników Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu,
- Ćwiczenia z pacjentami,
- Rozmowy z pacjentami nt. samodzielności ruchowej po wyjściu ze szpitala,
- Mierzenie skuteczności leczenia poprzez stosowanie listy kontrolnej postępów rehabilitacji.

## 9. Treści wykładu.

### Opieka pielęgniarska

CEL EDUKACJI: przekazanie pacjentowi wiedzy na temat stanu zdrowia i znajomości zasad, których musi przestrzegać, aby podtrzymać efekty leczenia i usprawniania.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z endoprotezą stawu biodrowego dotyczy udzielania wsparcia psychicznego oraz przygotowania chorego do samokontroli, samoopieki i samopielęgnacji. Wiedzę na temat swojej choroby pacjenci czerpią od zespołu medycznego – lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów. Pacjenci wyrażają obawy o swoje dalsze losy oraz lęk na odmienny wygląd kończyny i utykanie oraz strach przed zwichnięciem endoprotezy. Uskarżają się oni głównie na postępujące ograniczenie ruchomości operowanego stawu, chorobę zakrzepowo-zatorową żył oraz infekcje lub zaburzone gojenie rany. Po zabiegu operacyjnym personel pielęgniarski minimalizuje bądź likwiduje ból pooperacyjny oraz udziela pomocy w zmianie pozycji ciała w łóżku oraz udziela wsparcia psychicznego. Po zabiegu operacyjnym prowadzona jest edukacja zdrowotna. Edukacja rozpoczyna się z chwilą przyjęcia chorego do oddziału i jest ważnym elementem opieki pielęgniarskiej. Istotą prawidłowo pojętego edukowania jest dokonanie dokładnego rozpoznania w stanie wiedzy pacjenta i rodziny, dobór odpowiednich treści, ułożenie planu przekazywania informacji w zależności od sytuacji chorego, dobór najodpowiedniejszych metod oraz uczenie niezbędnych

umiejętności do podjęcia samoopieki. Wiedzę na temat swojej choroby pacjenci czerpią od zespołu medycznego - lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów. Pacjenci po endoprotezoplastyce stawu biodrowego otrzymują od pielęgniarki i fizjoterapeuty informacje dotyczące pozycji ciała, których należy unikać, a także właściwych pozycji do ubierania i rozbierania się, podnoszenia i dźwigania ciężarów, mycia i kąpieli, spania i wstawania z łóżka. Informacje dotyczą także, zaopatrzenia ortopedycznego oraz jego wykorzystania w czynnościach dnia codziennego, takich jak chodzenie po terenie płaskim i po schodach, wchodzenie i schodzenie z dwiema kulami, z jedną kulą czy też używania odpowiedniego obuwia. W edukacji uwzględnia się również informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, kontroli masy ciała, ogólnej aktywności fizycznej czy podróżowania środkami lokomocyjnymi.

Informację ustną uzupełniamy wcześniej przygotowaną formą pisemną - broszurką edukacyjną. Pacjenci po edukacji szybciej wracają do zdrowia oraz wykazują wyższy stopień aktywności w czynnościach związanych z samoobsługą. Personel pielęgniarski przez swoją stałą obecność przyczynia się w największym stopniu do poprawy stanu emocjonalnego chorego po operacji. Chory odczuwa ulgę, że jest bezpieczny i znajduje się pod właściwą opieką. Pielęgniarka rozumie, jak wiele pacjent musi przejść w czasie choroby i ułatwić mu zniesienie tej trudnej sytuacji, w której się znalazł. Dostarczenie informacji interesujących pacjenta prowadzi do redukcji napięć psychicznych i niepewności co powoduje poprawę stanu emocjonalnego oraz zadowolenie z kontaktu z zespołem leczącym. Rolą pielęgniarki w opiece pooperacyjnej jest między innymi zapewnienie skutecznej analgezji pozabiegowej. Bardzo ważne jest systematyczne podawanie zleconych środków przeciwbólowych, tak aby zapewnić choremu pełny komfort psychiczny. Pomoc pielęgniarska dotyczy przede wszystkim oceny bólu oraz zastosowania farmakoterapii w zależności od stopnia jego nasilenia. Pielęgniarka opiekując się pacjentami szczególną uwagę zwraca na wczesną aktywizację ruchową.

Celem opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta we wczesnym okresie pooperacyjnym jest:

Przywrócenie możliwości sprawnego i samodzielnego funkcjonowania.

Podstawowa formą rehabilitacji jest: ułożenie lecznicze kończyny, zapobieganie odleżynom i przykurczom, zapobieganie zastojowi żylnemu oraz zapaleniu płuc.

Inne działania to prowadzenie ćwiczeń biernych, bierno-czynnych, obracanie pacjenta w łóżku, pomaganie mu przy siadaniu, wstawaniu, przechodzenie z pozycji siedzącej do stojącej. Dostarczenie informacji interesujących pacjenta prowadzi do redukcji napięć psychicznych i niepewności co powoduje poprawę stanu emocjonalnego oraz zadowolenie z kontaktu z zespołem leczącym. Rolą pielęgniarki w opiece pooperacyjnej jest między innymi zapewnienie skutecznej analgezji pozabiegowej. Bardzo ważne jest systematyczne podawanie zleconych środków przeciwbólowych, tak aby zapewnić choremu pełny komfort psychiczny. Pomoc pielęgniarska dotyczy przede wszystkim oceny bólu według skali analgetycznej oraz zastosowania farmakoterapii w zależności od stopnia jego nasilenia. Pielęgniarka opiekując się pacjentami szczególną uwagę zwraca na wczesną aktywizację ruchową.

**Problem pielęgnacyjny** - niepokój chorego o stan zdrowia.

**Cel** - zmniejszenie niepokoju.

**Działania** - poprawa samopoczucia.

## **PLAN DZIAŁANIA I REALIZACJA**

- udzielenie wsparcia psychicznego poprzez rozmowę,
- zachęcanie chorego do rozmowy z innymi pacjentami,
- umożliwienie kontaktu z rodziną,
- poinformowanie najbliższych chorego o numerze telefonu znajdującym się w sali pacjenta (łatwy dostęp do telefonu),
- umożliwienie pacjentowi odreagowania emocji,
- zapewnienie choremu stałej dyspozycji pielęgniarskiej (dzwonek przyłóżkowy w zasięgu ręki).

## **Lęk przed dalszym funkcjonowaniem.**

**Cel** - zniesienie niepokoju

**Działania** - zapoznanie pacjenta i rodziny ze wskazówkami co do dalszego postępowania edukacja z wyszczególnieniem zakazów:

- Zakaz krzyżowania nóg,
- Zakaz zakładania nogi na nogę,
- Zakaz przyciągania nogi do brzucha,
- Zakaz kucania, edukacja rodziny.

## **Zapewnienie dostępu żylnego.**

**Cel** - wkłucie obwodowe

**Działanie** - wyrównanie doborów płynów pobranie krwi do badania:

- obserwacja miejsca wkłucia – karta obserwacji wkłuć obwodowych,
- utrzymanie drożności wkłucia,
- zapobieganie zapalnym odczynom w okolicy miejsca wkłucia,
- podanie leków dożylnych na zlecenie lekarza,
- podłączenie kroplówki na zlecenie lekarza.

## **Pacjentka z nadciśnieniem**

**Cel** - obserwacja pod kontem nadciśnienia

**Działania** - pomiar tętna i ciśnienia krwi

- wykonanie EKG na zlecenie lekarza,
- podanie leków obniżających RR na zlecenie lekarza,

- zapewnienie ciszy i spokoju.

### **Ból rany operacyjnej.**

**Cel** - zmniejszenie lub zniesienie bólu

**Działania** - prowadzenie karty obserwacji miejsca operowanego

- wygodne ułożenie z zastosowaniem udogodnień,
- usunięcie czynników nasilających ból, ograniczenie ruchów,
- zapewnienie ciszy i spokoju,
- podanie leków przeciwbólowych na zlecenie.

### **Ograniczenie sprawności podczas wykonywania toalety.**

**Cel** - zapewnienie higieny osobistej

**Działania** - pomoc przy myciu zapewnienie intymności

- podtrzymanie miski z wodą,
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej,
- ograniczenie ruchów kończyn.

### **Trudności w samodzielnym zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych**

**Cel** - pomoc w zaspakajaniu potrzeb

**Działania** - podanie basenu

- zapewnienie intymności,
- podmycie po oddaniu moczu lub stolca,
- obserwacja ilości oddanego moczu.

### **Pacjent ma cewnik**

**Cel** - prowadzenie diurezy

**Działania** - ułatwienie odpływu moczu

- karta obserwacji pacjenta z cewnikiem,
- założenie karty obserwacyjnej bilansu płynu,
- toaleta krocza 2 razy dziennie.

**Spadek masy ciała spowodowany brakiem apetytu**

**Cel** - poprawa łaknienia

**Działania** - utrzymanie prawidłowej masy ciała

- zastosowanie diety lekkostrawnej,
- zachęcanie do spożywania posiłków,
- estetyczne podanie posiłków,
- kontrola przyjmowania posiłków,
- posiłki w małych ilościach a częściej,
- zapewnienie wygodnej pozycji w trakcie posiłku,
- przekonanie o konieczności zmiany diety i jej znaczenie na czas dojścia do zdrowia

**Okresowe zaparcia**

**Cel** - regulowanie wypróżnień

**Działania** - ustalenie przyczyny trudności oddania stolca

- kontrolowanie częstości oddania stolca,
- wprowadzenie diety wysokoresztkowej na zlecenie lekarza,
- poinformowanie lekarza o wystąpieniu zaparcia,
- podanie środka przeczyszczającego na zlecenie lekarza.

## **Okresowy brak czucia w kończynach dolnych**

**Cel** - czucie pełne kontrola sprawdzania czucia w kończynach

**Działania – sygnały manualne.**

- dotykane, masowanie, rozcieranie w razie braku reakcji czuciowej poinformować lekarza.

## **Lęk przed kalectwem**

**Cel** - zmniejszenie lęku stworzenie życzliwej atmosfery

**Działania** - umożliwienia pełnego kontaktu

- z innymi pacjentami w podobnej sytuacji,
- umożliwienie kontaktu z psychologiem,
- udzielanie wsparcia medycznego,

## **Niebezpieczeństwo zakażenia rany pooperacyjnej**

**Cel** - niedopuszczenie do zakażenia rany

**Działania** - obserwacja rany

- zakaz moczenia opatrunku i kąpieli w wannie,
- zmiana opatrunku na zlecenie lekarza z zachowaniem zasad aseptyki.

## **Wymioty treścią żołądkową**

**Cel** - Zapobieganie dalszym wymiotom, odwodnieniu oraz utrzymanie drożności dróg oddechowych

**Działania** - zastosowanie bezpiecznej pozycji w łóżku by nie dopuścić do zachłyśnięcia wymiocinami.

- zapewnienie pomocy podczas wymiotów,
- podanie miski nerkowatej oraz płatków ligniny,
- pomoc przy toalecie jamy ustnej,



- dostarczenie świeżego powietrza,
- zgłoszenie lekarzowi.

### **Obrzęk kończyn**

**Cel** - zmniejszenie obrzęków

**Działania** - niedopuszczenie do powikłań

- odpowiednie ułożenie kończyn (zawsze obie jednakowo przemieszczamy),
- obserwacja obrzęków,
- kontrolowanie płynów przyjętych i wydalonych,
- obserwacja stanu chorej,

### **Zwiększenie ryzyka wystąpienia odleżyn**

**Cel** - niedopuszczenie wystąpienia odleżyn

**Działania** - materac przeciwoodleżynowy

- karta obserwacji chorego zagrożonego wystąpieniem,
- odleżyn i podjętych działań terapeutycznych,
- karta obserwacji chorego z odleżynami,
- częsta zmiana pozycji (nogi zawsze razem),
- kontrola i pielęgnowanie skóry,
- odciążenie miejsc narażonych na ucisk,
- toaleta ciała , dokładne osuszanie i nawilżanie maściami i kremami,
- unikać masowania skóry w okolicy wyniosłości kostnych
- zmniejszenie narażenia skóry na wilgoć (cewnik Foleya)
- zakładanie pampersów w razie konieczności

### **Podwyższona temperatura ciała**

**Cel** - obniżenie temperatury ciała

**Działania** - kontrola pomiaru temperatury co 2 godz.

- podanie płynów do picia zapobieganie zakażeniom,
- założenie karty obserwacyjnej,
- zgłoszenie faktu lekarzowi,
- podanie środka obniżającego temperaturę ciała na zlecenie lekarza,
- odpowiednia temperatura pomieszczenia,
- odpowiednia wilgotność,
- zmiana bielizny pościelowej,
- lekkie okrycie,
- w razie konieczności izolacja chorego.

## FIZJOTERAPIA

Fizjoterapia po endoprotezoplastyce stawu biodrowego stanowi integralną część leczenia chorych.

Wspólna praca zespołu lekarskiego, pielęgnacyjnego i rehabilitacyjnego daje w efekcie dobry wynik.

Po zabiegu operacyjnym głównym celem rehabilitacji jest ochrona endoprotezy przed zwknięciem i obluzowaniem oraz zapewnienie długotrwałej żywotności mechanicznej. W trakcie fizjoterapii możemy zastosować zarówno zabiegi kinezyterapeutyczne jak i fizykoterapeutyczne. Postępowanie usprawniające pooperacyjne może ulegać indywidualnym zmianom w zależności od stanu ogólnego pacjenta, jego wieku, chorób współistniejących oraz rozwiązań operacyjnych (endoproteza cementowa lub bezcementowa).

W całym cyklu rehabilitacji wszystkie ćwiczenia powinny być stosowane we wzrastającym zakresie, zależnie od czasu, jaki upłynął od zabiegu i stanu ogólnego pacjenta.

## **UWAGA! ZAKAZ !**

- przywodzenia w stawie biodrowym operowanym (nie krzyżujemy nóg, nie zakładamy nogi na nogę),
- zginania w stawie biodrowym operowanym powyżej 90: (nie przyciągamy nogi do brzucha, nie kucamy),
- nadmiernych ruchów rotacyjnych w stawie biodrowym operowanym

Nie stosowanie się do ww. zasad może doprowadzić do zwichnięcia głowy endoprotezy biodra!

## KINEZYTERAPIA

Pozycje jakie pacjent może przyjmować w łóżku po operacji:

- leżenie na plecach – kończyna operowana w odwiedzeniu i w pozycji pośredniej (bez rotacji),
- leżenie na boku nieoperowanym – kończyna nieoperowana dla lepszej stabilizacji może być ugięta w stawie biodrowym i kolanowym, a kończyna operowana musi być w odwiedzeniu na wysokości uda i goleni, uzyskujemy to przez włożenie małego klina między nogi,
- leżenie na boku operowanym – zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego
  - Cały czas wzmocniamy obręcz barkową poprzez ćwiczenia czynne kończyn górnych.
  - Najlepsza endoproteza stawu biodrowego nie będzie działać, jeżeli nie zapewnimy jej biologicznego napędu – mięśni, bez których proteza jest nieruchoma. Bardzo duże znaczenie ma wzmocnienie siły mięśniowej w szczególności mięśni pośladkowych, rotatorów wewnętrznych biodra, mięśni brzucha i czworogłowych ud. Ćwiczenia prowadzone powinny być bezbolesne lub na granicy bólu. To daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa.

W trakcie pobytu w szpitalu pacjent dostaje broszurę, która jest omówiona przez fizjoterapeutę.

## **WSKAZÓWKI DLA PACJENTA I JEGO RODZINY**

Zalecane udogodnienia w mieszkaniu pacjenta.

- Łóżko do spania – musi być na tyle wysokie, aby pacjent mógł swobodnie na nim siedzieć i bezpiecznie z niego wstawać. Podczas tych czynności ruch zgięcia nie powinien przekraczać 90 stopni w stawie biodrowym operowanym. Materac powinien być dość twardy aby pacjent mógł swobodnie na nim ćwiczyć i zmieniać pozycje. Miękki, zapadający się materac jest dużym zagrożeniem dla endoprotezy stawu biodrowego.
- Toaleta – należy zamontować w ścianie uchwyty ułatwiające zmianę pozycji. Wysokość muszli musi być podwyższona przez specjalną nakładkę, aby pacjent mógł swobodnie podnosić się z toalety.
- Łazienka – jeśli to możliwe pacjent powinien korzystać z prysznicza. Niski brodzik ułatwia bezpieczne wchodzenie i wychodzenie z niego, co w przypadku wanny jest trudniejsze. Podczas kąpieli pacjent nie powinien siadać w wannie, ponieważ grozi to zwknięciem endoprotezy. Może korzystać z nakładki wannowej, która umożliwia zajęcie bezpiecznej pozycji siedzącej. Tak jak w toalecie, tak i w łazience należy zamontować uchwyty w ścianie, które ułatwiają zmianę pozycji podczas wchodzenia i wychodzenia z kąpieli.
- Podłogi – we wczesnym okresie po operacji pacjent porusza się z dwoma kulami łokciowymi mało stabilnie. Grozi to upadkiem. Na ten czas należy zdjąć z podłóg chodniki, co zmniejszy ryzyko upadku,
- Krzesła, stołki – powinny być stabilne, dopasowane do wysokości pacjenta.

### **Instruktarz dla pacjenta dotyczący zachowań w życiu codziennym.**

- Zmiana pozycji w łóżku z leżącej na siedzącą – pacjent siada na łóżku podpierając się z tyłu dłońmi. Zdrową stopę podkłada pod stopę nogi operowanej przesuwając ją po podłożu aż do zajęcia pozycji siedzącej. W trakcie ruchu pamiętamy o równomiernym obrocie uda wraz z miednicą w kierunku brzegu łóżka.
- Pozycja siedząca – siedzisko powinno mieć długość ud, kończyny dolne odwiedzone, stopy oparte o podłoże, kręgosłup podparty w odcinku lędźwiowo–krzyżowym, uda wraz z tułowiem tworzą kąt prosty. Należy dobrze

dobrac krzesło, aby było dość wysokie i twarde. Pacjent powinien zrezygnować z niskich miękkich „wygodnych” foteli i niestabilnych stołków. Niewskazane jest siadanie na brzegu krzesła, przechylenie się na boki oraz zakładanie nogi na nogę.

➤ Zmiana pozycji z siedzącej na stojącą – obie stopy w lekkim odwiedzeniu oparte są o podłogę. Pacjent opiera się oboma rękoma o łóżko i wówczas wstaje pamiętając o tym, aby w trakcie ruchu nie wykonywać głębokiego skłonu tułowia w przód (zapobiega to zwichnięciu endoprotezy stawu biodrowego).

➤ Pozycja stojąca – podczas krótkotrwałego stania należy obciążać równomiernie obie kończyny.

Jeśli zaistnieje konieczność długiego stania chory powinien przenieść ciężar ciała na nogę zdrową, po stronie operowanej oprzeć się ręką o blat stołu, uginając lekko w stawie biodrowym i kolanowym kończynę z endoprotezą biodra.

➤ Schylanie po przedmioty – pacjent stoi na kończynie nieoperowanej opierając się o stół po stronie kończyny operowanej. Wykonuje skłon w przód z jednoczesnym wyprostem w stawie biodrowym kończyny operowanej.

➤ Ubieranie się – przez jakiś czas po zabiegu największe problemy pacjenci mają z zakładaniem butów, skarpet czy rajstop. Sami wymyślają różne udogodnienia które im w tym pomagają. Są to np.: spinacze do bielizny na patykach, służą one jako przedłużenie rąk.

➤ Obuwie – powinno być stabilne, na miękkiej podeszwie, z ewentualnym wyrównaniem długości kończyn. Aby bezpiecznie zakładać obuwie pacjent powinien posiadać łyżkę do butów z przedłużoną rączką.

➤ Zakładanie skarpet – pacjent stoi na kończynie zdrowej, kończynę operowaną opiera kolanem o krzesło, od tyłu zakłada skarpetę.

➤ Prace domowe w pozycji siedzącej – pacjent siedzi przy stole, kończyny dolne w odwiedzeniu, oparte o podłogę całymi stopami, kręgosłup wyprostowany, oparty o siedzisko. Blat stołu na wysokości przedramion. Prace domowe na podłodze – pacjent powinien wykonywać je w klęku podpartym, stawy biodrowe i kolanowe pod kątem 90 stopni. Nie wolno przykucać, przyklękać.

➤ Dźwiganie ciężarów – wszystkie ciężary powinny być przewożone w wózku na kółkach.

## 10. Ocena skuteczności przeprowadzonej edukacji.

W wykładzie omówiono zagadnienia dotyczące zapewnienia holistycznej opieki pielęgniarstwa skoncentrowanej na pacjencie. Uwzględniono wszystkie sfery jego życia oraz współdziałanie w jego leczeniu wielu podmiotów.

Efektywność i skuteczność przeprowadzonej edukacji wyraża się przede wszystkim w sposobie funkcjonowania pacjenta po wszczepionej endoprotezie stawu biodrowego. Pacjent wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z określonymi zaleceniami i wyedukowany co do dalszego postępowania pielęgnacyjnego. W dalszej kolejności zaopatrzone w materiały szkoleniowe w zakresie dalszego postępowania fizjoterapeutycznego (nauka poprawnego chodzenia, funkcjonowania oraz egzystencji w społeczeństwie).

## LITERATURA

1. Kapała Wojciech, Bączyk Grażyna, Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed-i pooperacyjnych w chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii. Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny, Poznań.
2. Dyk Danuta, Gutysz-Wojnicka Aleksandra, Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki, Wydawnictwo PZWL.

## CZASOPISMA

1. Praktyczna ortopedia i traumatologia, Ustawowe zasady współpracy ortopedy z pielęgniarkami oraz fizjoterapeutami.

**Autor programu: mgr pielęgniarstwa spec. piel. chirurgicznego Mariola Springer.**