

WSKAZÓWKI DLA PACJENTA DOTYCZĄCE CZYNNOSCI DNIA CODZIENNEGO PO ENDOPROTEZIE STAWU KOLANOWEGO

Temat:

Zalecenia dla pacjentów i ich rodzin po endoprotezie stawu kolanowego

Cel:

1. Przygotowanie pacjentów do codziennego funkcjonowania po zabiegu endoprotezoplastyki stawu kolanowego.
2. Powrót pacjentów po endoprotezoplastyce stawu kolanowego do samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym.

Prowadzący:

Lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta.

Odbiorcy, uczestnicy: Pacjenci przed zabiegiem wszczepienia endoprotezy stawu kolanowego.

Miejsce: sala chorych, świetlica oddziałowa.

Czas trwania zajęć: 30-50 minut

Metody, techniki:

1. Zapoznanie z materiałami dydaktycznymi lekarzy, pielęgniarek oraz fizjoterapeutów.
2. Rozmowy z pacjentem prowadzone przez lekarza prowadzącego, pielęgniarkę oraz fizjoterapeutę.
3. Ćwiczenia z pacjentem.

Plan zajęć edukacyjnych:

- Rozpoczęcie zajęć- zaprezentowanie się osoby prowadzącej zajęcia oraz zapoznanie z uczestnikami.
- Wprowadzenie do tematyki zajęć.
- Omówienie zabiegu endoprotezoplastyki stawu kolanowego, wskazania do zabiegu oraz standardy postępowania po zabiegu.
- Instruktaż – zestaw ćwiczeń dla pacjentów z endoprotezą.
- Pytania i dyskusja w grupie.
- Podsumowanie kwestii poruszanych na zajęciach.
- Ocena zapamiętanych przez uczestników zajęć treści.
- Zakończenie zajęć.

Treść wykładu:

Endoproteza stawu kolanowego (jest to plastyka rekonstrukcyjna stawu kolanowego) to operacja, podczas której zniszczony staw kolanowy zastępowany jest protezą stawu. Kość udowa styka się z kością piszczelową w stawie kolanowym. Podczas wymiany stawu, końcowa część kości udowej jest usuwana i zastępowana elementem metalowym. Endoprotezoplastyka jest obecnie podstawową i jak na razie jedyną skuteczną metodą leczenia osób z zaawansowanymi zmianami zwyrodnieniowymi stawu kolanowego. Głównym celem zabiegu jest redukcja dolegliwości bólowych, korekcja zaburzonej osi stawu i przywrócenie stabilności oraz poprawa zakresu ruchomości, co ma prowadzić do polepszenia jakości życia chorych. Pacjent musi pamiętać, że w pierwszych tygodniach po zabiegu będzie potrzebował opieki innych osób. Chodzi o transport, przygotowanie posiłków, codzienną toaletę. Należy przestawić meble tak, by nie utrudniały

poruszania przy pomocy balkonika lub kul. Należy usunąć dywany i kable, by ograniczyć ryzyko upadku.

1. Ubieranie się;

- we wczesnym okresie po wszczępieniu endoprotezy stawu kolanowego dobrze jest używać sprzętu wspomagającego,
- bieliznę i spodnie powinno się zakładać w pozycji siedzącej, zawsze zaczynając od nogi operowanej,
- aby nałożyć skarpety czy pończochy, należy używać specjalnego pomocnika do zakładania skarpet,
- podczas ubierania się, powinno się unikać przyciągania kolana do tułowia oraz pochylania się do stóp,
- najwygodniej jest używać butów wsuwanych lub z elastycznymi sznurówkami, poza tym zalecane jest też używanie łyżki do butów z długą rączką.

2. Mycie się;

- wskazane jest używanie prysznicza zamiast wanny,
- w łazience na podłodze i w brodziku powinny być rozłożone maty antypoślizgowe,
- najodpowiedniejszą pozycją do mycia się jest pozycja stojąca, można też usiąść na odpowiednio wysokim krześle,
- do brodzika należy zawsze wchodzić zdrową nogą, a następnie dostawić nogę operowaną,
- podczas kąpieli w wannie niedopuszczalne jest siadanie na jej dnie (zgięcie stawu kolanowego powyżej 90°), do siadu może być natomiast wykorzystany stołek, krzesło lub specjalna ławka montowana do brzegów wanny.

3. Czynności dnia codziennego:

- nie należy wykonywać ciężkich prac domowych w okresie od 8 do 12 tygodni od przeprowadzonego zabiegu operacyjnego,
- do bezpiecznego przenoszenia drobnych przedmiotów po mieszkaniu można używać torby na ramię.
- niedopuszczalne jest noszenie ciężkich toreb z zakupami w okresie pierwszych 8 do 12 tygodni, □ jedzenie najlepiej przygotowywać w pozycji siedzącej (unikać długotrwałego stania),
- dźwiganie ciężkich przedmiotów jest dopuszczalne dopiero po uzyskaniu zgody lekarza prowadzącego lub fizjoterapeuty.

4. Jazda samochodem:

- przy wsiadaniu i wysiadaniu z samochodu drzwi powinny być maksymalnie otworzone,
- we wczesnym okresie pooperacyjnym najwygodniejszym miejscem do siedzenia jest przedni fotel pasażera (możliwość regulacji odległości od deski rozdzielczej – fotel maksymalnie odsunięty do tyłu).
- w samochodach o niskim podłożu lub niskich siedzeniach dobrze jest na siedzenie położyć poduszkę lub koc,
- wsiadając do samochodu, do siedzenia należy zbliżyć się tyłem (siadając bezpiecznie jest asekurować się jedną ręką położoną na desce rozdzielczej, drugą trzymając się uchwyty nad drzwiami i powoli opuszczać tułów na fotel),
- zdarzają się sytuacje, że podczas wsiadania do samochodu potrzebna jest pomoc drugiej osoby w celu włożenia nogi pacjenta do samochodu,
- podczas dłuższych podróży powinno się robić krótkie przerwy,
- pacjent posiadający samochód z automatyczną skrzynią biegów może prowadzić już po 4 do 8 tygodni po operacji, prowadzenie samochodu z manualną skrzynią biegów wymaga dłuższego czasu rekonwalescencji i uzależnione jest zazwyczaj od szybkości powrotu pacjenta do pełnej formy.

5. Spanie, odpoczynek, wstawanie z pozycji leżącej:

- najkorzystniejszą pozycją podczas spania i odpoczynku w pozycji leżącej jest leżenie na plecach lub na zdrowym boku,
- podczas leżenia na plecach nie należy wkładać poduszki pod operowane kolano (na przykład po to, żeby było wygodniej), długotrwałe ustawienie kolana w zgięciu z podłożoną poduszką może spowodować trwałe jego zgięcie (przykurcz zgięciowy),
- z łóżka należy wstawać po stronie nogi operowanej. Wstawanie z pozycji leżącej powinno się odbywać w następujący sposób: a) przesunąć się na brzeg łóżka, b) przesunąć operowaną nogę poza łóżko, w tym samym czasie obracając tułów, c) spuścić nogę zdrową, podpierając się rękami o łóżko podnieść tułów i przejść do pozycji siedzącej, d) następnie postawić obie nogi na podłożu i wstać.
- jeśli do poruszania się używany jest balkonik, nie wolno podnosić się poprzez przyciągnięcie się do niego.

6. Siedzenie:

- w początkowym okresie pooperacyjnym zabronione jest zakładanie nogi na nogę oraz krzyżowanie nóg,
- zalecane jest siedzenie na wysokich krzesłach (aby nadmiernie nie zginać operowanego stawu kolanowego),
- wstając z krzesła, należy przesunąć się na brzeg siedziska, następnie cały ciężar ciała przenieść na nogę nieoperowaną, można pomóc sobie poprzez wypychanie się rękami opartymi na podłokietnikach.

7. Powrót do aktywności sportowej:

- nie należy uprawiać sportów generujących duże obciążenia dla stawów kolanowych i nie tylko (na przykład: koszykówki, siatkówki, hokeja, podnoszenia ciężarów) oraz sportów o zwiększonym ryzyku upadku (na przykład jazda na nartach),
- wskazane są następujące aktywności sportowe: chodzenie, nordic walking, golf, taniec, narty biegowe, bieżnia, rower stacjonarny, ćwiczenia grupowe,
- nie powinno się przekraczać jednorazowego dystansu chodu 4,5 kilometra,
- pływanie jest wskazane dla pacjentów z endoprotezą stawu kolanowego, ale dopiero po całkowitym wygojeniu się ran pooperacyjnych

8. Rehabilitacja.

Regularne wykonywanie ćwiczeń mających na celu odzyskanie ruchomości i siły oraz stopniowy powrót do wykonywania codziennych czynności są ważne dla pełnego przywrócenia zdrowia.

Przykładowe ćwiczenia usprawniające w okresie pooperacyjnym to:

- prostowanie, zginanie, ruchy okrężne stopy,
- zginanie kolana do granicy bólu w pozycji stojącej,
- zginanie i prostowanie kolana w pozycji siedzącej,
- wciskanie kolana w podłoże (należy wytrzymać 2 – 3 sekundy, po czym powtórzyć ćwiczenie),
- chodzenie o dwóch kulach łokciowych,
- schodzenie po schodach w następującej kolejności: kule, operowana kończyna, zdrowa kończyna,
- wchodzenie po schodach w następującej kolejności: zdrowa kończyna, kule, chora kończyna. Ćwiczenia należy powtarzać kilka razy dziennie przez około 10–15 minut. W razie pojawienia się bólu, który nie znika po zaprzestaniu ćwiczenia, należy skonsultować się z lekarzem lub rehabilitantem oraz zmniejszyć intensywność ćwiczeń.

Ocena skuteczności przeprowadzonej edukacji:

Skuteczność programu będzie mierzona na podstawie oceny Listy kontrolnej postępów rehabilitacji pacjenta wypełnianej pod koniec pobytu w szpitalu.

Listę wypełnia pracownik medyczny nie prowadzący ćwiczeń z pacjentem. Najlepiej gdyby robiła to jedna osoba na Oddziale, ponieważ standaryzowałoby to kryteria ocen. Sprawdzenie samodzielności pacjenta należy przeprowadzić pod koniec pobytu pacjenta na Oddziale (min. 3 dni przed wyjściem pacjenta)

Ocena:

0 – pacjent nie umie wykonać danej czynności / nie zna zagadnień z pytania

1 – pacjent umie wykonać czynność w stopniu słabym, wymaga dużej pomocy

2 - pacjent umie wykonać czynność w stopniu dobrym, wymaga niewielkiej pomocy

3 – pacjent umie wykonać czynność w stopniu bardzo dobrym, jest w pełni samodzielny

CZYNNOŚCI KONTROLNE

Chodzi po prostej.

Wchodzi po schodach.

Schodzi po schodach.

Umie wykonać ćwiczenia izometryczne.

Poprawnie wykonuje czynności opisane w instruktażu dla pacjenta.

Wie jakich ruchów nie może wykonywać po operacji.

Zna ważne udogodnienia w organizacji przestrzeni domowej.

SUMA PUNKTÓW

Literatura:

1. Kapła Wojciech, Bączyk Grażyna, Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed-i pooperacyjnych w chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii. Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny, Poznań.
2. Iwanowicz S., Śliwiński Z. Skuteczność postępowania fizjoterapeutycznego u chorych ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów kolanowych. Medycyna Sportowa 2001;17, (11): 425-431
3. Lewicka K., Rusek W., Kwolek A. Standardy postępowania w chorobie zwyrodnieniowej stawu kolanowego. Postępy Rehabilitacji 2004; 18 (3): 47-49.
4. Brotzman B., Wilk K. Rehabilitacja ortopedyczna. Dziak A. (red. pol.). Elsevier, Urban & Partner, Wrocław 2008.

Opracował: mgr pielęgniarstwa, spec. pielęgniarstwa operacyjnego Julita Jarosz.