



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

**PROGRAM EDUKACYJNY  
DLA PACJENTÓW I ICH RODZIN  
PO ENDOPROTEZOPLASTYCE STAWU  
BIODROWEGO**

**MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W RADOMIU**

**ODDZIAŁ REHABILITACJI**

**Autorzy**

**mgr Monika Kord Fizjoterapeuta**

**mgr Iwona Zychła Pielęgniarka**

## **1. NAZWA PROGRAMU I AUTORZY PROGRAMU**

NAZWA PROGRAMU                      PROGRAM EDUKACYJNY DLA PACJENTÓW I ICH RODZIN PO  
ENDOPROTEZOPLASTYCE STAWU BIODROWEGO PROWADZONY NA  
ODDZIALE REHABILITACJI W MAZOWIECKIM SZPITALU  
SPECJALISTYCZNYM W RADOMIU

AUTORZY PROGRAMU                      MGR MONIKA KORD FIZJOTERAPEUTA  
MGR IWONA ZYCHLA PIELĘGNIARKA

## **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. CELE SZCZEGÓŁOWE**

- Uzyskanie wyniku 80% zdolności do samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym przez 90% pacjentów (na podstawie listy kontrolnej patrz pkt. 9)

## **4. METODY NAUCZANIA**

- Zapoznanie z materiałami dydaktycznymi Programu na spotkaniach lekarzy, pielęgniarek oraz fizjoterapeutów
- Rozmowy z pacjentem prowadzone przez lekarza prowadzącego, pielęgniarkę oraz fizjoterapeutę nt. instruktażu (patrz pkt. 11)

- Ćwiczenia z pacjentem

## 5. ŚRODKI DYDAKTYCZNE

- Materiały informacyjne dla personelu medycznego (pkt. 7 Treści kształcenia)
- Materiały informacyjne dla pacjentów (broszurka)

## 6. FORMY REALIZACJI

- Warsztaty dla pracowników Oddziału Rehabilitacji
- Ćwiczenia z pacjentami
- Rozmowy z pacjentami nt. samodzielności ruchowej po wyjściu ze szpitala
- Mierzenie skuteczności leczenia poprzez stosowanie listy kontrolnej postępów rehabilitacji pacjenta

## 7. TREŚCI KSZTAŁCENIA

### **OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA**

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

Opieka pielęgniarska u pacjentów z endoprotezoplastyką 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 i pielęgniarek.

Pacjenci wyrażają lęk o swoje dalsze losy oraz lęk na odmienny wygląd kończyny i utykanie oraz lęk 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 pielęgniarstwa 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 pielęgniarstwa. 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.

Pacjenci po endoprotezoplastyce stawu biodrowego otrzymują od pielęgniarki 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 pielęgniarstwa 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.

Podstawową formą rehabilitacji pielęgniarskiej 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, przechodzenie z pozycji siedzącej do stojącej.

<b>PROBLEM PIELĘGNACYJNY</b>	<b>CEL DZIAŁANIA</b>	<b>PLAN DZIAŁANIA I REALIZACJA</b>
1.Niepokój chorego o stan zdrowia	Zmniejszenie niepokoju poprawa samopoczucia	udzielanie wsparcia psychicznego poprzez rozmowę umożliwienie kontaktu z psychoterapeutą zachęcanie chorego do rozmowy z innymi pacjentami umożliwienie kontaktu z rodziną, poinformowanie najbliższych chorego o nr. telefonu znajdującego się w sali pacjenta (łatwy dostęp do telefonu),

		<p>umożliwienie pacjentowi odreagowania emocji</p> <p>zapewnienie choremu stałej dyspozycji pielęgniarskiej (dzwonek przyłóżkowy w zasięgu ręki)</p>
2. Lęk przed dalszym funkcjonowaniem	Zniesienie niepokoju	<p>zapoznanie pacjenta i rodziny ze wskazówkami co do dalszego postępowania</p> <p>edukacja z wyszczególnieniem zakazów</p> <p>Zakaz krzyżowania nóg</p> <p>Zakaz zakładania nogi na nogę</p> <p>Zakaz przyciągania nogi do brzucha</p> <p>Zakaz kucania</p> <p>edukacja rodziny</p>
3. Wkłucie obwodowe	wyrównanie niedoborów płynów pobranie krwi do badania	<p>obserwacja miejsca wkłucia – karta obserwacji wkłuć obwodowych nr.1009</p> <p>utrzymanie drożności wkłucia</p> <p>zapobieganie zapalnym odczynom w okolicy miejsca wkłucia</p> <p>podanie leków dożylnych na zlecenie lekarza</p> <p>podłączenie kroplówki na zlecenie lekarza</p>
4. Pacjentka z nadciśnieniem	obserwacja pod kontem nadciśnienia	<p>pomiar tętna i ciśnienia krwi</p> <p>wykonanie EKG na zlecenie lekarza</p> <p>podanie leków obniżających RR na zlecenie lekarza</p> <p>zapewnienie ciszy i spokoju</p>
5. Ból rany operacyjnej	Zmniejszenie lub zniesienie bólu	<p>prowadzenie karty obserwacji miejsca operowanego nr.1005</p> <p>wygodne ułożenie z zastosowaniem udogodnień</p> <p>usunięcie czynników nasilających ból</p> <p>ograniczenie ruchów</p> <p>zapewnienie ciszy i spokoju</p> <p>podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza</p>
6. Ograniczenie sprawności podczas wykonywania toalety	Zapewnienie higieny osobistej	<p>pomoc przy myciu</p> <p>zapewnienie intymności</p> <p>podtrzymanie miski z wodą</p> <p>zmiana bielizny osobistej i pościelowej</p> <p>ograniczenie ruchów kończyn</p>

7. Trudności w samodzielnym zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych	Pomoc w zaspakajaniu potrzeb	podanie basenu zapewnienie intymności podmycie po oddaniu moczu lub stolca obserwacja ilości oddanego moczu
8. Pacjent ma cewnik	Prowadzenie diurezy	ułatwienie odpływu moczu karta obserwacji pacjenta z cewnikiem nr.1008 założenie karty obserwacyjnej bilansu płynu nr.055A toaleta krocza 2 razy dziennie
9. Spadek masy ciała spowodowany brakiem apetytu	poprawa łaknienia 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
10. Okresowe zaparcia	Uregulowanie wypróżnień	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
11. Okresowy brak czucia w kończynach dolnych	Czucie pełne	kontrola sprawdzania czucia w kończynach dotykanie, masowanie, rozcieranie w razie braku poinformować lekarza
12. Lęk przed kalectwem	Zmniejszenie lęku	stworzenie życzliwej atmosfery umożliwienie kontaktu z innymi pacjentami w podobnej sytuacji umożliwienie kontaktu z psychologiem udzielanie wsparcia medycznego

13. Niebezpieczeństwo zakażenia rany pooperacyjnej	Niedopuszczenie do zakażenia rany	obserwacja rany zakaz moczenia opatrunku i kąpieli w wannie zmiana opatrunku na zlecenie lekarza z zachowaniem zasad aseptyki
14. Wymioty treścią żołądkową	Zapobieganie dalszym wymiotom zapobieganie odwodnieniu utrzymanie drożności dróg oddechowych	zastosowanie bezpiecznej pozycji w łóżku by nie dopuścić do zachłyśnięcia wymiocinami obecność przy zapewnienie pomocy podczas wymiotów podanie miski nerkowatej oraz płatków ligniny pomoc przy toalecie jamy ustnej dostarczenie świeżego powietrza zgłoszenie lekarzowi
15. Obrzęk kończyn	Zmniejszenie obrzęków niedopuszczenie do powikłań	odpowiednie ułożenie kończyn (zawsze obie jednakowo przemieszczamy) obserwacja obrzęków kontrolowanie płynów przyjętych i wydalonych obserwacja stanu chorej
16. Zwiększenie ryzyka wystąpienia odleżyn	zmniejszenie ryzyka wystąpienia odleżyn niedopuszczenie wystąpienia odleżyn	materac przeciwoleżynowy karta obserwacji chorego zagrożonego wystąpieniem odleżyn i podjętych działań terapeutycznych nr.812 B karta obserwacji chorego z odleżynami nr.812C częsta zmiana pozycji (nogi zawsze razem) kontrola i pielęgnowanie skóry odciążenie miejsc narażonych na ucisk toaleta ciała, dokładne osuszanie i nawilżanie maściami i kremami unikanie masowania skóry w okolicy wyniosłości kostnych zmniejszenie narażenia skóry na wilgoć (cewnik Foley'a) zakładanie pampersów w razie konieczności
17. Podwyższona temperatura ciała	obniżenie temperatury ciała	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 zwichnięciem 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. [1,10,12]

### **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. 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.

### Ćwiczenia w systemie bloczkowo – ciężarkowym

#### ➤ Ćwiczenia w odciążeniu stawów biodrowych:

- Odwiedzenie w stawach biodrowych

Pacjent leży na plecach. Między nogami wałek, który zabezpiecza kończynę operowaną przed przywiedzeniem. Haczyki z podwieszkami znajdują się w osi stawów biodrowych. Pacjent wykonuje ruch odwiedzenia w stawach biodrowych do granicy bólu przez 10 minut

- Zgięcie i wyprost w stawach biodrowych (duży nacisk na wyprost)

Pacjent leży na boku zdrowym. Kończyna dolna nieoperowana zgięta w stawie biodrowym i kolanowym dla lepszej stabilizacji. Haczyk z podwieszkami w osi stawu biodrowego z endoprotezą. Kończyna dolna operowana prosta, podwieszona w pozycji pośredniej. Rehabilitant w trakcie przygotowywania pacjenta do ćwiczenia musi bardzo uważać aby nie doszło do przywiedzenia w stawie biodrowym operowanym. Pacjent wykonuje zgięcie i wyprost w stawie biodrowym operowanym przez 10 minut. To samo ćwiczenie pacjent wykonuje leżąc na boku operowanym.

### Ćwiczenia czynne kończyn górnych

- Cały czas wzmacniamy obręcz barkową poprzez ćwiczenia czynne kończyn górnych i ćwiczenia kończyn górnych z oporem – mogą to być ćwiczenia prowadzone w grupie z różnymi przyborami (laseczki, woreczki, piłki); wzmacnianie mięśni obręczy barkowej i kończyn górnych jest potrzebne pacjentowi podczas chodu o kulach i pokonywaniu dłuższych dystansów.

### Ćwiczenia izometryczne mięśni obręczy biodrowej i kończyn dolnych

- 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.
- Rodzaje ćwiczeń

Wyjaśnienie skrótów używanych w ćwiczeniach opisanych poniżej.

p.w. – pozycja wyjściowa

jw. –jak wyżej

NN – nogi

N – noga

NP – noga prawa

NL – noga lewa

RR – ramiona

P – prawa

L – lewa

s – sekunda

„palce na siebie” – zgięcie grzbietowe stóp

1. p.w. leżenie na plecach, NN ugięte, RR wzdłuż tułowia

- 1) zginamy stopy tzw. „ palce na siebie”- napięcie 10 s
- 2) odpoczynek - 10 s

2. p.w. leżenie na plecach, NN ugięte, RR wzdłuż tułowia, „ palce na siebie”

- 1) zgięcie P kolana w kierunku brzucha do  $< 90^{\circ}$ , dłonie ułożone przed kolanem oporują ruch zgięcia - napięcie 10 s
- 2) odpoczynek 10s
- 3) to samo ćwiczenie wykonuje NL - napięcie 10s
- 4) odpoczynek 10s

3. p.w. jw.

- 1) zgięcie P kolana w kierunku brzucha do  $< 90^{\circ}$ , dłonie ułożone pod kolanem oporują ruch wyprost - napięcie 10 s
- 2) odpoczynek 10s
- 3) to samo ćwiczenie wykonuje NL - napięcie 10s
- 4) odpoczynek 10s

4. p.w. leżenie na plecach, NN ugięte, RR wzdłuż tułowia

- 1) RR w górę – wdech nosem
- 2) powrót do p.w. – wydech ustami

5. p.w. leżenie na plecach, NN ugięte, RR wzdłuż tułowia, „palce na siebie”

- 1) wyprost w stawie kolanowym P – napięcie 10s
- 2) powrót do p.w.
- 3) wyprost w stawie kolanowym L – napięcie 10s
- 4) powrót do p.w.

6. p.w. jw.

- 1) wznos bioder w górę – napięcie 10s
- 2) odpoczynek 10s

7. p.w. leżenie na plecach, NN proste, pod kolanami wałek, RR wzdłuż tułowia, „palce na siebie”

1) wciskamy P kolano w wałek – napięcie 10s

2) odpoczynek 10s

3) wciskamy P kolano w wałek – napięcie 10s

4) odpoczynek 10s

8. p.w. leżenie na plecach, NN proste, pod kolanami wałek, RR wzdłuż tułowia

1) RR w górę – wdech nosem

2) powrót do p.w. – wydech ustami

9. p.w. leżenie na plecach, NN proste, pod kolanami wałek, RR wzdłuż tułowia, „palce na siebie”

1) wyprost stawu kolanowego P – napięcie 10s

2) odpoczynek 10s

3) wyprost stawu kolanowego L – napięcie 10s

4) odpoczynek 10s

10. p.w. jw.

1) P pięta na wałku – wciskamy ją w wałek – napięcie 10s

2) odpoczynek 10s

11. p.w. jw.

1) L pięta na wałku – wciskamy ją w wałek – napięcie 10s

2) odpoczynek 10s

12. p.w. leżenie na plecach, NN proste, pod kolanami wałek, RR wzdłuż tułowia

1) RR w górę – wdech nosem

2) powrót do p.w. – wydech ustami

13. p.w. leżenie na plecach, NN ugięte, wałek pionowo między kolanami

1) ściskamy wałek kolanami – napięcie 10s

2) odpoczynek 10s

14. p.w. leżenie na plecach, NN proste, thera-banda założona na wysokości kolan

1) rozkrok NN – napięcie 10s

2) odpoczynek 10s

15. p.w. leżenie na plecach, NN ugięte, RR wzdłuż tułowia

1) RR w górę – wdech nosem

2) powrót do p.w. – wydech ustami

16. p.w. leżenie na boku nie operowanym, między NN wałek

1) wznos nogi operowanej – napięcie 10s

2) odpoczynek 10s

17. p.w. siad na leżance, NN opuszczone poza leżankę, „ palce na siebie”

1) wyprost P kolana – napięcie 10s

2) odpoczynek 10s

3) wyprost L kolana – napięcie 10s

4) odpoczynek 10s

18. p.w. siad na leżance, NN opuszczone poza leżankę

1) RR w górę – wdech nosem

2) powrót do p.w. – wydech ustami

Każde ćwiczenie powtarzamy 10 razy.

Z biegiem czasu zwiększamy ilość powtórzeń i intensywność ćwiczeń pamiętając cały czas o indywidualizacji procesu usprawniania dla każdego pacjenta.

## Nauka chodu

Uczymy pacjenta chodzić o dwóch kulach łokciowych. Muszą one być dopasowane do wzrostu pacjenta – zachowane zgięcie w stawach łokciowych około 40 stopni. Uczymy chorego chodu 3-punktowego (kule łokciowe, kończyna operowana, kończyna zdrowa) Kończynę operowaną podczas wykroku pacjent ustawia w pozycji pośredniej aby nie doprowadzić do rotacji, a przez to do zwichnięcia głowy endoprotezy biodra.

Lekarz prowadzący decyduje jak długo pacjent porusza się o dwóch kulach łokciowych, następnie o jednej kuli i kiedy zaczyna chodzić bez kul. Gdy pacjent przechodzi do nauki chodu o jednej kuli dbamy o to, aby kula znajdowała się po stronie nieoperowanej oraz uczymy pacjenta chodu 2-punktowego (kula razem z kończyną operowaną, kończyna zdrowa).

## Nauka chodu po schodach.

- Chodzenie przy pomocy dwóch kul łokciowych
  - wchodzenie - na stopniu wyżej stawiamy kończynę nieoperowaną i prostując ją w kolanie dostawiamy kończynę operowaną wraz z kulami,
  - schodzenie - na stopniu niższym stawiamy kończynę operowaną wraz z kulami i dostawiamy kończynę nieoperowaną.
  
- Chodzenie przy pomocy jednej kuli łokciowej

Kula znajduje się po stronie operowanej kończyny, pacjent trzyma się poręczy po stronie nieoperowanej (jeśli jest to technicznie możliwe).

  - wchodzenie - na stopniu wyższym stawiamy kończynę nieoperowaną, prostując kolano dostawiamy wraz z kulą kończynę operowaną,
  - schodzenie - na stopniu niższym stawiamy kończynę operowaną wraz z kulą i dostawiamy kończynę nieoperowaną. [1,2,3,4,5,7,8,11,12,13]



## FIZYKOTERAPIA

- laseroterapia – dawka energii 6-8 J/cm<sup>2</sup>, 7-10 zabiegów w serii wykonywanych codziennie lub 3 razy w tygodniu; zabieg ten ma korzystny wpływ na gojenie się rany pooperacyjnej i lepsze funkcjonowanie stawu;
- krioterapia – działa przeciwzapalnie, przeciwbólowo i przeciwobrzękowo, zmniejsza napięcie mięśni; zabieg wykonujemy miejscowo w obrębie operowanego stawu biodrowego, czas zabiegu w zależności od tolerancji chorego od 2 do 4 minut; zabieg możemy stosować 2 razy dziennie, 15-20 zabiegów w serii; dysza w odległości 15-20 cm od pola zabiegowego, zabieg wykonujemy ruchami okrężnymi;
- impulsowe pole magnetyczne małej częstotliwości 25-30 Hz, o indukcji 7-10 mT, czas trwania 10-30 minut, kształt impulsu prostokątny. [1,6]

## 8. MIEJSCE I CZAS REALIZACJI PROGRAMU

Miejsce: Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu, Oddział Rehabilitacji

Czas realizacji: Przez cały czas pobytu pacjenta na Oddziale Rehabilitacji

## 9. OCENA SKUTECZNOŚCI REALIZACJI PROGRAMU

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

### LISTA KONTROLNA POSTĘPÓW REHABILITACJI PACJENTA

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 Rehabilitacji Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu (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	OCENA
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	
<b>SUMA PUNKTÓW</b>	

## 10. MATERIAŁY EDUKACYJNE DLA PACJENTA I JEGO RODZINY

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

## 11. 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 prysznica. 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 zwichnięciem endoprotezy. Może korzystać z nakładki wannowej, która umożliwi 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 dobrać krzesło, aby było dość wysokie i twarde. Pacjent powinien zrezygnować z niskich miękkich „wygodnych” foteli i niestabilnych stołków. Niewskazane jest siadanie na brzegu krzesła, przechylanie się na boki oraz zakładanie nogi na nogę.
- Zmiana pozycji z siedzącej na stojącą – obie stopy w lekkim odwiedzeniu oparte są o podłoże. 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 zwicnięciu 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.
- Schyłanie 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 podłoże 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. [4,5,9]