

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Karolína Fleková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Specifika ošetrovatelské péče u pacientů po artroskopii ramene s různým typem  
fixace horní končetiny

Karolína Fleková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2019/2020

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Karolína Fleková**  
Osobní číslo: **Z18141**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Specifika ošetrovatelské péče u pacientů po artroskopii ramene s různým typem fixace horní končetiny**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

BOUŠOVÁ, Marcela. Péče o pacienty po artroskopii. *Sestra*. 2013, **23(2)**, 43-45. ISSN 1210-0404.  
DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8.  
JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.  
MILANO, Giuseppe a Andrea GRASSO. *Shoulder Arthroscopy Principles and Practice*. London: Springer, 2014. ISBN 978-1-4471-5426-6.  
SLEZÁKOVÁ, Lenka, Hana ČOUPKOVÁ, Pavel MARCIÁN, Vladislava MARCIÁNOVÁ, Lucie PŘÍKRYLOVÁ a Ludmila RÁŽKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-247-2900-8.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Iva Marková**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **2. prosince 2019**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.**  
děkanka

L.S.

**Mgr. Michal Kopecký v.r.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 12. března 2021

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem Specifika ošetrovatelské péče u pacientů po artroskopii ramene s různým typem fixace horní končetiny jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 10. 7. 2021

Karolína Fleková v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Velké poděkování patří vedoucí mé bakalářské práce paní PhDr. Ivě Markové za odborné vedení, vstřícnost, trpělivost a cenné rady při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat za ochotu a spolupráci zdravotnickému personálu z nemocnice, kde probíhal sběr dat pro průzkumnou část. Poděkování patří i mé rodině a přátelům, kteří mi byli oporou po celou dobu studia.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u pacientů po artroskopii ramene s různými typy používaných fixací horní končetiny. Teoreticky popisuje základní vyšetření ramenního pletence, obecné principy artroskopie, ošetrovatelskou a rehabilitační péči a také fixaci horní končetiny související s artroskopií ramene. V průzkumné části jsou zpracována retrospektivní demografická data a dané údaje vybraných pacientů. Dále jsou uvedené tři kazuistiky pacientů podle typů používaných fixací horní končetiny. Praktickým výstupem této práce je vytvořená ošetrovatelská dokumentace pro záznam péče, která se týká pacientů po artroskopii ramene s respektováním typu fixace horní končetiny.

Retrospektivním průzkumem bylo zjištěno, že za rok 2019 bylo k artroskopii indikováno 72 pacientů. Z tohoto počtu bylo více pacientů mužů. Naopak z celkového počtu 28 pacientů v roce 2020 bylo artroskopicky operováno více žen. Těmto pacientům byl pooperačně nasazen šátkový závěs, Desaultova nebo abdukční ortéza. Zjištěná data ukázala, že ošetrovatelská péče o ně byla ovlivněna typem jejich fixace. U pacientů s Desaultovou ortézou byla pooperační nervová blokáda využita nejvíce a zároveň byla u nich také neúčinnější. Redonova drenáž byla zavedena nejčastěji u pacientů s abdukční ortézou. S hygienickou péčí bylo nejvíce potřeba dopomoci pacientům s Desaultovou a abdukční ortézou. Pohybová aktivita a stravování bylo nejvíce deficitní u pacientů s Desaultovou ortézou. S oblékáním bylo potřeba nejvíce dopomoci pacientům se šátkovým závěsem.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Artroskopie, ramenní kloub, pooperační péče, fixace horní končetiny

## **TITLE**

Specifics of Nursing Care in Patients after Shoulder Arthroscopy with a Different Type of Upper Limb Fixation

## **ANNOTATION**

The bachelor thesis deals with the specifics of the nursing care in patients after shoulder arthroscopy with different types of upper limb fixation. It describes theoretically a basic examination of the shoulder girdle, general principles of arthroscopy, nursing and rehabilitation care as well as upper limb fixation related to shoulder arthroscopy. The research part processes retrospective demographic data and the given data from selected patients. Furthermore, three patients' casuistries are presented according to the used types of upper limb fixation. The practical outcome of this thesis is a created nursing documentation for a care record, which concerns patients after shoulder arthroscopy with respect for the type of upper limb fixation.

Through a retrospective research it was revealed that in 2019, 72 patients were indicated for arthroscopy. There were more male patients from this amount. On the other hand, from the total number of 28 patients in 2020, more females had an arthroscopy surgery. These patients were given an elevation sling, Desault's bandage or abduction bandage after the surgery. The obtained data revealed that nursing care of these was influenced by a type of their fixation. The post operative nerve block was used in patients with a Desault's bandage and simultaneously it was also the most efficient here. Redon drainage was inserted in patients with an abduction bandage most frequently. The patients with Desaults's and abduction bandages needed help with hygienic care most frequently. Physical activity and eating were most deficient in patients with a Desaults' bandage. Patients with an elevation sling needed help with dressing most frequently.

## **KEYWORDS**

Arthroscopy, shoulder joint, post operative care, upper limb fixation



# OBSAH

ÚVOD .....	12
1 CÍL PRÁCE .....	13
1.1 Hlavní cíl .....	13
1.2 Cíle teoretické části .....	13
1.3 Cíle praktické části .....	13
2 TEORETICKÁ ČÁST .....	14
2.1 Vyšetření ramenního pletence .....	14
2.1.1 Anamnéza .....	14
2.1.2 Fyzikální vyšetření.....	14
2.1.3 Zobrazovací metody .....	15
2.2 Artroskopie ramene .....	16
2.2.1 Indikace k artroskopii ramene.....	17
2.3 Ošetrovatelská péče o pacienty po artroskopii ramene .....	18
2.3.1 Ošetrovatelská péče na ortopedickém oddělení.....	18
2.3.2 Předoperační příprava .....	19
2.3.3 Pooperační péče .....	20
2.3.3.1 Monitorace stavu a fyziologických funkcí .....	20
2.3.3.2 Vnímání bolesti .....	20
2.3.3.3 Nauzea a zvracení.....	21
2.3.3.4 Péče o operační rány.....	21
2.3.3.5 Péče o drén .....	21
2.3.3.6 Péče o venózní vstupy .....	22
2.3.3.7 Prevence tromboembolické nemoci .....	22
2.3.3.8 Soběstačnost pacienta.....	23
2.3.3.9 Hygienická péče .....	23
2.3.3.10 Prevence dekubitů .....	23

2.3.3.11	Výživa.....	23
2.3.3.12	Vyprazdňování .....	23
2.3.3.13	Poloha, aktivita a odpočinek.....	24
2.3.3.14	Spánek .....	24
2.4	Rehabilitace po artroskopii ramene .....	24
2.5	Fixace horní končetiny po artroskopii ramene .....	25
3	PRŮZKUMNÁ ČÁST .....	27
3.1	Průzkumné otázky .....	27
3.2	Metodologie práce .....	27
3.3	Charakteristika průzkumného vzorku.....	27
3.4	Předprůzkum.....	28
3.5	Sběr dat .....	28
3.6	Analýza dat a interpretace výsledků .....	30
3.6.1	Demografická data .....	30
3.6.2	Pacienti s fixací horní končetiny v roce 2020.....	33
3.6.2.1	Analýza zvolených specifík ošetrovatelské péče .....	34
3.6.3	Zpracování retrospektivních kazuistik.....	39
3.6.3.1	Pacientka se šátkovým závěsem .....	39
3.6.3.2	Pacient s Desaultovou ortézou.....	44
3.6.3.3	Pacientka s abdukční ortézou .....	48
4	Diskuze .....	52
4.1	Praktický výstup práce.....	57
	ZÁVĚR .....	58
	POUŽITÉ ZDROJE.....	60
	SEZNAM PŘÍLOH.....	64

## SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

### TABULKY:

Tabulka 1 Škála pro posouzení flebitidy .....	22
Tabulka 2 Šátkový závěs 2020 .....	34
Tabulka 3 Desaultova ortéza 2020.....	37
Tabulka 4 Abdukční ortéza 2020.....	38
Tabulka 5 Fyzikální vyšetření pacientky se šátkový závěsem .....	40
Tabulka 6 Fyzikální vyšetření pacienta s Desaultovou ortézou .....	44
Tabulka 7 Fyzikální vyšetření pacientky s abdukční ortézou.....	48
Tabulka 8 Záznamový arch pro kazuistiky (vzor) .....	65
Tabulka 9 Šátkový závěs 2020 (vzor).....	68
Tabulka 10 Desaultova ortéza 2020 (vzor).....	69
Tabulka 11 Abdukční ortéza 2020 (vzor) .....	69

### OBRÁZKY:

Obrázek 1 Četnost pacientů 2019 a 2020 .....	30
Obrázek 2 Věk pacientů 2019.....	31
Obrázek 3 Věk pacientů 2020.....	32
Obrázek 4 Fixace 2020 .....	33
Obrázek 5 Ošetřovatelská dokumentace pro záznam péče (vzor) – část 1 .....	70
Obrázek 6 Ošetřovatelská dokumentace pro záznam péče (vzor) – část 2 .....	71
Obrázek 7 Ošetřovatelská dokumentace pro záznam péče (vzorové vyplnění) – část 1 .....	72
Obrázek 8 Ošetřovatelská dokumentace pro záznam péče (vzorové vyplnění) – část 2 .....	73

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AC	Akromioklavikulární
ASK	Artroskopie
cps.	Kapsle
CT	Výpočetní tomografie
DJ	Dospávací jednotka
PAD	Perorální antidiabetika
PŽK	Periferní žilní katetr
RD	Redonova drenáž
RTG	Rentgen
SC	Sternoklavikulární
st. p.	Stav po
tob.	Tobolka
tbl.	Tableta
TEN	Tromboembolická nemoc
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

# ÚVOD

Artroskopie byla původně metodou pouze diagnostickou. Její značně dynamický rozvoj s sebou přinesl i metody terapeutické. Druhou nejčastější oblastí pro její efektivní využití je právě ramenní kloub. V současné době je artroskopie považována za jednu ze základních diagnostických a léčebných metod při poranění či degenerativních změnách ramenního kloubu. Současná data nalezená na ÚZIS ukazují, že za rok 2018 bylo hospitalizováno 5 915 pacientů, kteří měli diagnostikováno poškození ramene. Řadí se tak na šesté místo nejčastějších důvodů k hospitalizaci na ortopedickém oddělení za rok 2018. Průměrný věk těchto pacientů činil 39 let. Ošetrovatelská péče o pacienty s pooperační fixací horní končetiny po artroskopickém výkonu má svá specifika, která vychází z principů ošetrovatelské péče aplikovaného oboru, který se nazývá chirurgické ošetrovatelství. Od všeobecných sester pracujících na ortopedickém oddělení, kde jsou tito pacienti hospitalizováni, je vyžadovaná bezpečná a kvalitní ošetrovatelská péče, jež vychází z aktuálních individuálních potřeb pacienta (Boušová, 2013, s. 43; Dungl, 2014, s. 555; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 13, 21; Kelnarová, 2016, s. 188; ÚZIS, 2019, s. 60).

Důvodem pro výběr tohoto tématu bylo poukázat na specifčnost a odlišnost ošetrovatelské péče o pacienty po artroskopii ramene v případě, kdy jim je pooperačně přiložena určitá fixace horní končetiny, což bylo také hlavním cílem této bakalářské práce. Každá z používaných fixací má jinak velký vliv na soběstačnost pacienta a jinak ovlivňuje ošetrovatelskou péči.

Teoretická část je rozdělena do pěti hlavních částí, které poukazují na vyšetření ramenního pletence, samotnou artroskopii, ošetrovatelskou a rehabilitační péči a v závěru i na fixace horní končetiny. Průzkumná část je zaměřena na zjišťování specifik ošetrovatelské péče v závislosti na použité fixaci horní končetiny, kterou mají pacienti pooperačně nasazenou. Použitými metodami pro jejich zjištění byl retrospektivní sběr dat, který byl základem pro zjištění demografických dat pacientů, zjištění výskytu konkrétních specifik u pacientů s určitou fixací horní končetiny a pro vytvoření retrospektivních kazuistik, které jsou vytvořeny podle používaných fixací.

Jako praktický výstup práce byla vytvořena ošetrovatelská dokumentace pro záznam péče o pacienty po artroskopii ramene s pooperační fixací, který umožňuje zápis ošetrovatelských úkonů, zjištění či pozorování. Vytvořená dokumentace obsahuje oblasti, kterých se ošetrovatelské péče o tyto pacienty týká, a po zapsání záznamů péče by pak měla být patrná specifika pro jednotlivou fixaci.

# **1 CÍL PRÁCE**

## **1.1 Hlavní cíl**

Zjistit specifika ošetrovatelské péče po artroskopii ramene v závislosti na typu pooperační fixace horní končetiny.

## **1.2 Cíle teoretické části**

1. Obecně popsat základní vyšetřovací a diagnostické metody ramene.
2. Popsat artroskopii ramene a uvést stručný přehled onemocnění a úrazů, které jsou k této metodě indikovány.
3. Popsat ošetrovatelskou péči o pacienty po artroskopii ramene.
4. Uvést základní popis rehabilitace po artroskopii ramene.
5. Stručně popsat fixace horní končetiny po artroskopii ramene.

## **1.3 Cíle praktické části**

1. Vyhledat zdravotnické dokumentace pacientů po artroskopii ramene s pooperační fixací horní končetiny za rok 2019 a 2020.
2. Zpracovat demografická data pacientů po artroskopii ramene s pooperační fixací horní končetiny za rok 2019 a 2020.
3. Zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů po artroskopii ramene s pooperační fixací horní končetiny za rok 2020 v závislosti na daných kritériích.
4. Vypracovat tři retrospektivní kazuistiky pacientů po artroskopii ramene s pooperační fixací horní končetiny z let 2019 a 2020 v závislosti na typu fixace horní končetiny.
5. Vytvořit ošetrovatelskou dokumentaci pro záznam péče týkající se pacientů po artroskopii ramene s pooperační fixací horní končetiny v závislosti na typu fixace.

## **2 TEORETICKÁ ČÁST**

Cílem teoretické části je nejdříve obecně popsat vyšetřovací a diagnostické metody ramenního pletence a stručně seznámit se základními poznatky z arthroscopie ramene. Poslední kapitola této části má za cíl popsat ošetrovatelskou péči o pacienty po arthroscopické operaci ramene s následnou rehabilitací a fixacemi horní končetiny.

### **2.1 Vyšetření ramenního pletence**

Prvním krokem k určení správné diagnózy by měla být přesná a kompletní anamnéza společně s fyzikálním vyšetřením. Následně lze využít moderní zobrazovací metody, kam patří ultrazvukové vyšetření, rentgen, výpočetní tomografie, magnetická rezonance a arthrografie (Milano a Grasso, 2014, s. 31; Randelli a kol., 2016, s. 425).

#### **2.1.1 Anamnéza**

Podstatnou součástí diagnostického procesu pro stanovení vhodné diagnózy jsou anamnestické údaje. Obecně se zjišťují informace z osobní anamnézy, kde se např. určují rizika pro vznik onemocnění či úrazu. Z anamnézy farmakologické se zjišťují dosavadní terapeutické intervence. Z pracovní anamnézy mohou být důležitá rizika spojená s vykonáváním zaměstnání a ve sportovní anamnéze jsou významná rizika plynoucí ze sportovní činnosti. Následně se sběr anamnestických údajů týká aktuálních obtíží pacienta, kde je nutné zjistit výskyt a závažnost jeho symptomů (Dungl, 2014, s. 536; Gallo, 2011, s. 16–17).

Při sběru anamnézy zaměřené konkrétně na ramenní pletenec je nutné zjistit, zda pacient podstoupil v minulosti operace, úrazy ramene a okolních struktur, onemocnění neurologického či cévního charakteru. Dále je nezbytné se zeptat na bolest a její vlastnosti, tedy její vyvolávající příčinu, lokalizaci, propagaci do okolí, charakter, při jakém pohybu se vyskytuje, zda se vyskytuje během dne, či v noci a další. Dalším ukazatelem může být subjektivní pocit pacienta při pohybu, kdy může pociťovat vrzání či pocit volnosti. Potom je důležité se zeptat na dosavadní průběh obtíží, rehabilitaci a léčbu. V rámci diferenciální diagnostiky je nutné brát v úvahu i jinou příčinu obtíží, než je onemocnění či úraz ramene (Kolář a Máček, 2015, s. 74).

#### **2.1.2 Fyzikální vyšetření**

Fyzikální vyšetření zahrnuje určité fáze, jakými jsou obecné vyšetření ramene, které obsahuje inspekci a palpaci, dále funkční vyšetření končetiny a specifické vyšetřovací testy. U inspekce se pacient vyšetřuje vysvělený v horní půli těla. Hodnotí se tvar ramen a páteře, souměrnost skupin svalů, výskyt atrofie či hypertrofie svalů. Podstatný je také tvar paže, lopatek či klíčních

kostí. Důležitým ukazatelem je také barva kůže nebo přítomnost a lokalizace otoku. Poté se palpačně prvně z pozice za pacientem vyšetří záda a páteř, paže, rameno a lopatky. Pohmatem se zhodnotí kvalita kůže, podkoží a muskulatura. Z pozice před pacientem se vyšetří AC a SC klouby. Dále se hodnotí volnost či omezení pohybu v určitých směrech. Nakonec se palpačně zhodnotí subakromiální prostor. Při funkčním vyšetření by zdravá končetina měla být vyšetřena jako první k porovnání deficitu na postižené končetině. Nejdříve se končetina vyšetřuje při největší relaxaci svalstva v pasivním pohybu. Poté vyšetření pokračuje v aktivním pohybu, kdy se zaměřuje na plynulost a rozsah pohybu v určitých pohybech, jako jsou addukce, abdukce, zapažení, předpažení a v rotaci ramene v základním postavení ramene a v 90° abdukci. Na závěr se mohou použít specifické vyšetřovací testy, kde jejich předpokladem je, že se pomocí určitého manévru urychlí a zpřesní diagnostika. Zahrnují test na impingement syndrom, nestabilitu ramene, léze rotátorové manžety, poranění labrum glenoidale, poranění bicipsové šlachy, AC kloub a další. V těchto oblastech se pak nacházejí různé konkrétnější a specifitější testy (Dungl 2014, s. 536–537; Gallo 2011, s. 23; Keener a Levine 2020; Milano a Grasso 2014, s. 31–32).

### **2.1.3 Zobrazovací metody**

Imhoff a kol. (2018, s. 23) mluví o významnosti důkladného klinického vyšetření ramenního pletence, podle kterého se později zvolí vhodné zobrazovací vyšetření k určení správné diagnózy.

Ultrazvukové vyšetření se využívá při vyšetření měkkých tkání. Změny echogenity poukazují na to, zda se jedná o zánětlivé či degenerativní onemocnění. Indikací může být podezření na lézi nebo degenerativní změny rotátorové manžety, změny šlachy dlouhé hlavy bicepsu, odtržení labrum glenoidale a jiné. Další zobrazovací metodou je rentgenologické vyšetření (RTG), které je nepostradatelnou zobrazovací metodou pro diagnostiku jakékoliv patologie ramene. Zprostředkovává pohled na kostní strukturu a případné kalcifikace. Základem jsou minimálně dvě RTG projekce. Primární je anteroposteriorní projekce. Dalšími projekcemi jsou axilolaterální, scapulolaterální a další. Při nejasném RTG snímku či potřebě detailnějšího vyšetření se může zvolit výpočetní tomografie (dále jen CT). Indikací může být podezření na nestabilitu ramene a jiné. Vyšetření CT najde uplatnění především v traumatologii. Po RTG vyšetření se může indikovat i magnetická rezonance (dále jen MR) k potvrzení či vyloučení poškození měkkých tkání ramene, kterým je rotační manžeta, labrum glenoidale, šlacha dlouhé hlavy bicepsu, vazivové struktury a další. Pro diagnostiku může být využito také artrografie, při které se podá kontrastní látka intraartikulárně, a může být součástí vyšetření CT nebo MR.



Využívá se především ke zhodnocení kapacity a tvarových změn kloubu a zobrazení defektů chrupavky. Pro vyhodnocení změn v burze se využívá burzografie (Dungl, 2014, s. 538–539; Imhoff a kol., 2018, s. 23, 26; Milano a Grasso, 2014, s. 45).

## 2.2 Artroskopie ramene

Artroskopie (dále jen ASK) je metoda endoskopického zobrazení nitrokloubních i mimokloubních prostor, která se za přísných aseptických podmínek provádí na operačním sále a využívá se při ní miniinvazivní přístup přes malé kožní incize. Na monitor je pak přenášen obraz z mikrokamery artroskopu, který operační tým sleduje. Slouží pro diagnostiku a následnou terapii zjištěného patologického nálezu v kloubu či v okolních strukturách (Janíček, 2012, s. 95; Krška, 2011, s. 130; Schneiderová, 2014, s. 270; Veselý, 2011, s. 73).

Mezi dvě standardní pozice, ve kterých se provádí artroskopie ramene, patří poloha na boku (lateral dekubitus) a poloha vsedě (beach chair). U polohy na boku pacient leží na straně neoperované končetiny a operovaná končetina je pomocí trakčního zařízení v abdukci a mírné flexi. Běžně se na ramenní kloub využívá tah přes trakční zařízení se zavěším okolo 3 až 5 kg podle váhy pacienta, což umožní dostatečnou distenzi ramenního kloubu a subakromiálního prostoru. V poloze vsedě je pacient v Trendelenburgově poloze a zároveň opěradlo pod pacientem zvedne do polohy vsedě na 90°. Hlava, trup i nohy jsou fixovány k operačnímu stolu a operovaná končetina je ponechána ve volném závěsu. Tato poloha umožňuje snadno přejít z artroskopie na případnou otevřenou operaci. Výběr polohy závisí na druhu výkonu, zkušenostech operátora či technickém vybavení pracoviště (Dungl, 2014, s. 556; Milano a Grasso, 2014, s. 103, 105; Lajtai a Aitzetmüller, 2017, s. 3, 6; Randelli a kol., 2016, s. 422).

Mezi specifické vybavení artroskopického sálu patří artroskopická věž, což je vertikální vozík s několika policemi, kde jsou umístěna potřebná zařízení. Na vrcholu vozíku je umístěn monitor, kam se přenáší obraz z artroskopu. Další důležitou součástí je zdroj světla, který umožňuje viditelnost na vnitřní struktury přes malé kožní incize. Dále je pro lepší přehlednost zajištěn přívod fyziologického roztoku do kloubu a z něj pomocí artroskopické pumpy. Nepostradatelným vybavením k ASK je instrumentárium. Sem se řadí ruční instrumentárium typicky používané k ASK, kotvičky k fixaci měkké tkáně ke kosti, shaver k resekci měkkých tkání či frézování osteofytů pomocí rotačního pohybu a VAPR taktéž k resekci měkkých tkání, ale na podkladě elektrického oblouku (Janíček, 2012, s. 95; Kudlejová, 2014, s. 353; Randelli a kol., 2016, s. 13, 15–18).

ASK ramene lze provádět v regionální blokádě, celkové anestezii či v kombinaci obou technik. Nejpoužívanější blokádou je interskalenický blok, který poskytuje analgezii a anestezii v rámci intraoperačního období a dále i 12 hodin po operaci. Tento způsob blokády řadí mezi blokády brachiálního plexu, kdy se do prostoru mezi přední a střední skalenický sval aplikuje lokální anestetikum do míst nervové pleteně pomocí neurostimulátoru či pod ultrazvukovou kontrolou (Milano a Grasso, 2014, s. 109; Nalos a Mach, 2010, s. 104; Pilný a Slodička, 2017, s. 38; Randelli a kol., 2016, s. 49).

Při artroskopii ramene se využívá metoda miniinvazivního přístupu, která snižuje operační zátěž, bolestivost po operaci a riziko pooperačních komplikací. Rovněž je zde lepší kosmetický vzhled operační rány, kratší doba hospitalizace a následné rekonvalescence. Artroskopické přístupy do ramene se dělí na vstupy glenohumerálního kloubu, subakromiálního prostoru a přístupy akromioklavikulárního kloubu (Milano a Grasso, 2014, s. 119–125; Slezáková a kol., 2019, s. 14).

### **2.2.1 Indikace k artroskopii ramene**

Indikace k artroskopickému výkonu na rameni nejsou příliš ohraničené. Přístupuje se k němu v případě, kdy je z klinického hlediska přítomna patologie ramenního kloubu či okolních struktur a zároveň byly vyčerpány všechny dostupné neinvazivní metody. Efektivní využití najde artroskopie ramene u značné skupiny patologií. Výjimku zde tvoří onemocnění nádorového typu, zlomeniny, degenerativní onemocnění v pokročilém stadiu nebo obtíže, které jsou lépe řešitelné otevřeným operačním výkonem (Dungl, 2014, s. 558; Krška, 2011, s. 130; Vilímovský, 2012).

Přehled možných indikací k artroskopickému ošetření ramene:

- Kalcifikující tendinitida,
- léze šlachy dlouhé hlavy bicepsu,
- SLAP léze,
- tendinitidy šlachy dlouhé hlavy bicepsu a poškození poutek,
- nestabilita ramenního kloubu,
- impingement syndrom,
- ruptury rotátorové manžety,
- syndrom zmrzlého ramene,
- úžinový syndrom nervus suprascapularis,
- omartróza,

- patologie AC kloubu,
- septická artritida (Dungl, 2014, s. 558, 562; Martetschläger a Tauber, 2019).

### **2.3 Ošetřovatelská péče o pacienty po artroskopii ramene**

Pacienti, kteří jsou indikováni k artroskopickému výkonu na rameni jsou přijímáni na ortopedické oddělení na krátkodobou hospitalizaci. Obvykle jsou propuštěni 1.–3. den po výkonu do domácí péče a následně pravidelně dochází na kontroly, které jsou nejdříve každý týden až do stavu, kdy je rána zcela klidná a netvoří se výpotek. Dále pak probíhají kontroly přibližně každé tři týdny (Boušová, 2013, s. 45; Kelnarová, 2016, s. 194–195).

Artroskopii ramene lze provést také v rámci jednodenní chirurgie. Ta je charakterizovaná jako krátkodobá či ambulantní chirurgie, při které není pacient klasicky hospitalizován. Obvykle je propuštěn 12 až 24 hodin po operačním výkonu. Jednodenní chirurgie se vyskytuje jako specifické oddělení nemocnice nebo jako samostatné zařízení, které se specializuje právě na výkony jednodenní chirurgie. Podstatný je výběr pacientů, kteří jsou vhodní pro tuto metodu zákroku. Rozhodující je velikost operačního zákroku, zdravotní stav pacienta a také jeho sociální zázemí, jelikož bude zapotřebí zajistit odvoz a monitoraci stavu v prvních 24 až 48 hodinách po výkonu (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 48).

#### **2.3.1 Ošetřovatelská péče na ortopedickém oddělení**

Všeobecně se chirurgické obory zabývají prevencí, diagnostikou, a především operační léčbou konkrétního tělesného systému. Odvětví ortopedie vzniklo jako specializovaný obor, který se oddělil od chirurgie všeobecné. Ortopedie se zabývá prevencí, léčením a dispenzarizací úrazů, chorob či vad týkajících se pohybového aparátu. Tedy konkrétně jde o kosti, klouby, svaly, šlachy, vazy, nervy a cévy, které se vztahují k pohybovému ústrojí. V neposlední řadě se tento obor také zabývá rehabilitační léčbou (Bezdičková a Slezáková, 2010, s. 105; Schneiderová, 2014, s. 254; Slezáková a kol., 2019, s. 9).

Chirurgické ošetřovatelství je podle Janíkové a Zeleníkové (2013, s. 13–14) obor založený na oboru chirurgie a ošetřovatelství a věnuje se ošetřovatelské péči poskytované pacientům, kteří vyžadují chirurgickou léčbu. Pro toto odvětví je podstatné pozorování a posuzování celkového stavu pacienta stejně jako znalost průběhů onemocnění, operačních výkonů a také rizik a komplikací, které jsou spjaty s operačním zákrokem.

Každý obor se vyznačuje jiným specifickým obsahem práce založeným na jeho zaměření. Ošetřovatelská péče poskytovaná sestrou na ortopedickém oddělení se specializuje na péči o pacienty s muskuloskeletálním onemocněním či úrazem nebo se stará o pacienty po

ortopedických operacích. Obecně lze říct, že k jejím povinnostem sestry na tomto oddělení patří odebrání ošetrovatelských anamnestických údajů, podávání a aplikace farmak, pomoc při rehabilitaci, převazy a toalety ran, edukace ortopedických pacientů, příprava pacientů na ortopedické operace a následně i poskytování péče pacientům po výkonech (Burda a Šolcová, 2016, s. 45; Clarke a Santy-Tomlinson, 2014, s. 3; Terry, 2020).

### **2.3.2 Předoperační příprava**

Bartůněk a kol. (2016, s. 287) uvádí, že předoperační příprava je stejně jako pooperační péče neoddělitelnou složkou samotného operačního zákroku. Ke zmírnění pooperačních komplikací a zvýšení žádoucího operačního průběhu přispívá důkladně provedené předoperační vyšetření, prováděné u všech pacientů před výkonem. Příprava na operaci je také ovlivněna množstvím času před samotným zákrokem, charakterem operace a přidruženými onemocněními pacienta. V každém případě je nezbytné zjištění maximálního množství informací o daném pacientovi, aby mohl být zajištěn co nejlepší perioperační a pooperační průběh.

Obvykle se artroskopie řadí především k výkonům plánovaným, ale v menším měřítku ji lze provést i jako akutní operativu. Zpravidla pacient přichází do nemocnice s již hotovým předoperačním a laboratorním vyšetřením, popřípadě i s ortézou. Na oddělení se zajistí souhlas s hospitalizací a s operačním výkonem, pacient se umístí na lůžko a následuje sepsání ošetrovatelské anamnézy. Zároveň sestra seznámí pacienta s domácím řádem a chodem oddělení. Den před operací je součástí krátkodobé předoperační přípravy zajištění invazivních vstupů, jež jsou potřeba a jež vyžaduje lékař. Sestra edukuje pacienta o dietě, která zahrnuje lačnění 6 až 8 hodin před operací (podle zvyklostí oddělení) a omezení tekutin 2 hodiny před výkonem. Ve večerních hodinách podá farmaka podle ordinace lékaře a připraví operační pole. Součástí je také edukace o sundání šperků, důkladné hygieně a u žen také nutnost odličení. Následující den, v den operace, je bezprostředně před přesunem na operační sál pacient poučen o vyprázdnění močového měchýře, zkontrolují se fyziologické funkce, podá se premedikace a antibiotická profylaxe podle ordinace lékaře. Poté se přiloží elastické punčochy nebo bandáž na dolní končetiny, která slouží jako prevence TEN. Sestra dále kontroluje, zda si pacient vyjmul zubní protézu, vyndal kontaktní čočky a sundal šperky. Provede kontrolu operačního pole a lačnění. Poté je pacient s jeho kompletní dokumentací převezen na operační sál. Specifickou předoperační přípravu vyžadují pacienti s diabetes mellitus, kteří se do operačního programu zařazují na přednostní pozice. Před operačním výkonem se jim ráno změří hodnota glykémie a zajistí se žilní vstup, přes který je jim zprostředkována výživa (Boušová, 2013, s. 43; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 35–37).

### **2.3.3 Pooperační péče**

Po ukončení operačního výkonu je třeba intenzivního dohledu na celkový stav pacienta, dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečnou spontánní ventilaci a přítomnost obranných reflexů. Až poté může být převezen z operačního sálu na určené oddělení. Pacient je již extubovaný a je při vědomí, což můžeme pozorovat z reakce na oslovení. Podle stavu pacienta ho lze z operačního sálu převést buď na ARO či JIP ke kontinuální monitoraci stavu, nebo na dospávací pokoj, kde bývá v rámci prvních hodin po operaci, poté je převezen na standardní oddělení. Pooperační péče začíná předáním pacienta anesteziologem na lůžko pooperační péče, jejímž cílem je co nejdříve navrátit pacienta do běžného života. Míra úspěšnosti pooperační péče je ovlivněna kvalitou provedené předoperační přípravy a vedení anestezie či průběhem operačního zákroku (Bartůněk a kol., 2016, s. 291; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 47; Pokrivčák a kol., 2014, s. 46; Slezáková a kol., 2019, s. 37).

Pacient ve stabilizovaném stavu je poté převezen na standardní oddělení, na ortopedii. Ošetrovatelská péče se zde zaměřuje na několik oblastí péče. Také se soustřeďuje na výskyt pooperačních komplikací a podporuje pacienta k návratu jeho zdravotního stavu na nejlepší možnou úroveň. Je důležité, aby sestra měla k pacientovi bio-psycho-sociální a spirituální přístup a individuálně hodnotila jeho potřeby (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 54; Kelnarová, 2016, s. 195).

#### **2.3.3.1 Monitorace stavu a fyziologických funkcí**

Sestra při překladi pacienta na standardní oddělení kontroluje dokumentaci a zaznamenává do ní aktuální stav pacienta, stav operační rány, popřípadě odpad z drénu. Dále podá aktuální medikaci a sleduje její účinek na pacienta. Nejčastěji se jedná o analgetika, antibiotika nebo jeho chronickou medikaci. Podle stavu pacienta provede další intervence. V pravidelných intervalech kontroluje sestra fyziologické funkce pacienta, tedy sleduje vědomí, krevní tlak, srdeční frekvenci, dech a tělesnou teplotu. Následně se všechny zjištěné parametry zapisují do tzv. akutní karty. Častým jevem jsou lehké odchylky od fyziologických hodnot v prvních pooperačních dnech (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 54; Slezáková a kol., 2019, s. 37).

#### **2.3.3.2 Vnímání bolesti**

Pooperační bolest v ráně a jejím okolí je různého trvání a intenzity, což je zcela závislé na individuálním vnímání bolesti u jednotlivých pacientů. Pacienti, kteří jsou právě odváženi z operačního sálu, jsou většinou bez bolesti. Je to dáno účinkem anestetik a analgetik podaných na operačním sále. Po odeznění jejich účinku je důležité nastavit optimální pooperační

analgezií, která má zamezit pocitu bolesti. Pooperační bolest se tlumí nejlépe opiátovými analgetiky, které lze kombinovat s nesteroidními analgetiky preferenčně intravenózní formou. U artroskopie ramene se využívá již zmíněná metoda interskalenického bloku, která poskytuje analgezií prvních 12 hodin po operačním výkonu. Lokálně lze na rameno přikládat led, který má analgetické účinky, tudíž se může snížit potřeba analgetik. Ledové obklady se nesmí přikládat přímo na kůži (Randelli a kol., 2016, s. 49; Zeman a Krška, 2011, s. 268; Woodson, 2018).

### **2.3.3.3 Nauzea a zvracení**

V prvních 24 hodinách po operaci se může u pacienta objevit nauzea a zvracení, zapříčiněné premedikací, anestezií nebo podáváním analgetik. Rizikovější jsou zde pacienti, kteří se ještě zcela neprobudili z anestezie, a tudíž je zde vysoké riziko aspirace. Pokud dojde ke zvracení, uloží se pacient do polohy na boku a zvratky v dutině ústní a hltanu se odsávacím katétrem odsají. Parenterálně lze podávat antiemetika a prokinetika. V případě, že se nauzea, zvracení opakují, lze pacientovi zavést nazogastrickou sondu a v pravidelných intervalech odsávat obsah ze žaludku. Zvracení, které se objeví později, je nejčastěji způsobeno poruchou rovnováhy elektrolytů či atonií gastrointestinálního traktu (Pokrivčák a kol., 2014, s. 47; Slezáková a kol., 2019, s. 38).

### **2.3.3.4 Péče o operační rány**

Malé incize v kůži se šijí nevstřebatelným šicím materiálem nebo to může být určeno podle zvyklostí daného pracoviště. Během prvních pooperačních hodin sestra kontroluje pouze krytí operační rány, zda nedochází k jeho průsaku, a okolní kůži. Při průsaku se na stávající krytí přiloží další vrstva, a pokud průsak stále pokračuje, je důležité informovat lékaře. Obecně se první převaz operační rány provede po jednom až dvou dnech od operace nebo podle zvyklostí pracoviště. Převazy operačních ran je nutno provést za dodržení aseptických podmínek. Stehy se extrahují většinou 10. den po operaci při ambulantní kontrole (Boušová, 2013, s. 45; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 56; Kudlejová, 2014, s. 353–354; Pokrivčák a kol., 2014, s. 48).

### **2.3.3.5 Péče o drén**

Před suturou kožních incizí se do operovaného ramene většinou zavádí Redonův drén z důvodu drenáže kloubu, který je vždy fixován stehem z nevstřebatelného materiálu ke kůži jako prevence nechtěné extrakce drénu. Podstatné jsou pravidelné převazy za aseptických podmínek. Tento typ drénu se řadí mezi aktivní drenáže a funguje na principu podtlaku. Sestra kontroluje funkčnost a fixaci drénu, místo zavedení, množství a charakter odpadu, které následně zapisuje

do dokumentace. Také drén zabezpečí proti tahu za ně, jelikož by způsobovalo nadbytečnou bolest pacientovi. Podle množství odpadu z drénu se ponechává 1 až několik dní (Boušová, 2013, s. 44–45; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 56; Kudlejová, 2014, s. 353; Vytečková a kol., 2015, s. 253).

### 2.3.3.6 Péče o venózní vstupy

Možnou branou pro vstup infekce do těla pacienta jsou právě invazivní vstupy, kam patří i venózní vstupy. Po operaci má pacient zavedený periferní žilní katétr (dále jen PŽK) z důvodu aplikace farmak nebo infuzní terapie. V rámci jejich ošetřování se invazivní vstup pravidelně převazuje sterilním krytím a kontroluje místo vpichu a funkčnost. U PŽK se hodnotí riziko vzniku flebitidy, která se manifestuje lokálními symptomy v místě zavedení. Tudíž se v místě vpichu sleduje zarudnutí, sekrece, tvrdost v průběhu žíly a bolest při pohmatu nebo při aplikaci léčiv. Doporučená doby zavedení PŽK je 72–96 hodin (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 55–56; Vytečková a kol., 2015, s. 86, 88).

**Tabulka 1 Škála pro posouzení flebitidy** (převzato – Vytečková a kol., 2015, s. 85)

STUPĚŇ	KLINICKÉ PROJEVY, PŘÍZNAKY
0	Bez klinických příznaků
1	Erytém v místě punkce, možná bolest
2	Bolest v místě punkce, erytém nebo otok
3	Bolest v místě punkce, erytém nebo otok, patrný pruh v průběhu žíly, hmatné zduření žíly
4	Bolest v místě punkce, erytém nebo otok, patrný pruh v průběhu žíly, hmatné zduření v průběhu žíly > 2,5 cm, hnisavá sekrece

### 2.3.3.7 Prevence tromboembolické nemoci

Zpomalení krevního toku, porucha koagulace a porucha endotelu jsou faktory, které jsou rizikové pro vznik trombu. Označují se jako tzv. Virchowova triáda. Mezi další rizikové faktory patří obezita, infekce, kardiovaskulární onemocnění, dehydratace, kouření, diabetes, přítomnost trombózy v anamnéze a další. Prevencí proti vzniku TEN jsou režimová a medikamentózní opatření, která obsahují aplikaci antikoagulancií, přiložení elastické bandáže na dolní končetiny bezprostředně před operací, omezování infúzí a intravenózních farmak, časnou vertikalizaci a rehabilitaci pacienta. Podle zhodnocených rizik ke vzniku TEN se antikoagulancia aplikují kratší či delší dobu i po operačním výkonu. Subkutánně se aplikují nízkomolekulární hepariny, např. Clexane či Fraxiparine nebo lze využít perorální formy, kam patří Pradaxa. Při potřebě

dlouhodobé antikoagulační léčby se přechází na léčbu Warfarinem (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 36; Pokrivčák a kol., 2014, s. 48; Zeman a Krška, 2011, s. 271).

#### **2.3.3.8 Soběstačnost pacienta**

Horní končetina představuje důležitou roli v každodenních činnostech, kam patří kupříkladu osobní hygiena či stravování. Značná část artroskopických výkonů ramene si vyžádá fixaci horní končetiny, tudíž v rámci ošetrovatelské péče hodnotí sestra úroveň sebeděče a soběstačnosti, což jsou aspekty nutné pro stanovení ošetrovatelského plánu a priorit. Sestra následně zajišťuje pomoc podle potřeby, ale zároveň podporuje nezávislost a samostatnost pacienta (Freehill a kol., 2017; Trachtová a kol., 2013, s. 19–21; Vilímovský, 2012).

#### **2.3.3.9 Hygienická péče**

Po operaci je při hygienické péči nutná pomoc ošetrujícího personálu a je třeba se snažit pacienta aktivizovat. Ošetrovatelský personál by měl vědět, co pacient zvládne sám a při čem je potřeba zajistit pomoc. Do hygienické péče neodmyslitelně patří i péče o ústní dutinu (Dingová Šliková a kol., 2018, s. 125; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 55).

#### **2.3.3.10 Prevence dekubitů**

Některé fixace horní končetiny, využívané k její podpoře a imobilizaci ramene, představují riziko vzniku dekubitu na krku z pásu ortézy. Projevy již vzniklého dekubitu mohou být asymptomatické a objevené náhodně. Proto zde hraje důležitou roli kontrola predilekčního místa a hodnocení integrity kůže ošetrovatelským personálem, ale i následná edukace pacienta o tomto riziku (Konan a kol., 2012).

#### **2.3.3.11 Výživa**

Nutriční stav je nutno sledovat již v předoperační přípravě, aby nedošlo k malnutrici a k následné zhoršené rekonvalescenci. Po operaci a vymizení účinků anestezie dochází u pacienta k postupné realimentaci, která začíná dietou nic per os, poté se přechází na dietu 0S, poté dietu 0 a posléze dochází k návratu k základní dietě. Je nutno zde dbát opatrnosti z důvodu možné nauzey a zvracení (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 48, 54).

#### **2.3.3.12 Vyprazdňování**

U některých výkonů se zavádí permanentní močový katétr, ale pokud pacientovi zaveden nebyl, tak by se měl do 6 až 8 hodin od operačního výkonu vymočit. V případě, že se tak nestane, je možno mikci podpořit fyzikálními způsoby, kdy se na podbřišek přiloží teplý obklad nebo se pustí voda jako zvuková stimulace. Nepřichází-li žádný efekt, zavede se permanentní močový katétr. Obnova peristaltiky gastrointestinálního traktu by měla nastat 2 až 3 dny po operaci.



Přítom k tvorbě střevních plynů dochází přibližně 24 hodin po výkonu, což se projevuje vzedmutím břicha, subjektivním pocitem tlaku, bolestí břicha, která může být až kolikovitého charakteru. Jestliže nastane problém se samovolným odchodem plynů, lze intervenčně zavést rektální rourku maximálně na 20 minut. Pokud střevní paréza stále přetrvává, je možnost podpořit peristaltiku Syntostigminem nebo kapénkovým klyzmatem. K obnově motility střev přispívá také změna polohy a mobilizace pacienta (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 55; Pokrivčák a kol., 2014, s. 47; Slezáková a kol., 2019, s. 39).

### **2.3.3.13 Poloha, aktivita a odpočinek**

Zprvu leží pacient na zádech a případně mu může být zvýšena horní část trupu pro snazší ventilaci plic i případné odkašlávání. Je nutno dbát na možné komplikace, jakými jsou zvracení, útlak či dislokace drénu, katétrů nebo sond a jiné. Sestra edukuje pacienta o pooperačním režimu a nechá ho odpočívat. První vstávání po operaci, kdy se pacient zprvu posazuje, vstává a poté i chodí kratší vzdálenosti, je vhodné již první pooperační den nebo hned jak to dovolí celkový stav pacienta. Včasná vertikalizace a mobilizace pacienta působí preventivně vůči pooperačním komplikacím, kam patří např. TEN. Zároveň má i pozitivní vliv na psychický stav pacienta. Postupně by se měla nezávislost pacienta zvyšovat do kompletní samostatnosti (Boušová, 2013, s. 44; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 57; Pokrivčák a kol., 2014, s. 46; Zeman a Krška, 2011, s. 267).

### **2.3.3.14 Spánek**

U pacientů po ASK ramene je jedním z největších obtíží právě spánek, který zde má důležitou roli v procesu hojení po operačním výkonu. Fixaci horní končetiny je nutné mít i během spánku, což způsobuje nepohodlí. Následně má nedostatek spánku vliv na činnosti každodenního života a schopnost soustředit se. Mezi možnosti pro řešení této problematiky lze zařadit například podání analgetik pacientovi či ledovat rameno přibližně 30 minut před spánkem pro zmírnění bolesti. Dále je důležité mít fixaci i přes den, je podporou pro rameno. Snižuje se tak i otok a bolestivost ramene, což usnadňuje usínání (Izquierdo, 2014; Sekhar, 2020).

## **2.4 Rehabilitace po artroskopii ramene**

Kelnarová (2016, s. 197) definuje rehabilitaci jako soubor léčebných, psychologických, pedagogických, sociálněekonomických a profesionálních postupů, které mají za cíl znovunavrácení pacienta do společnosti a zároveň předejít následkům onemocnění, jež by mohly vést až k invaliditě pacienta.

Rehabilitační plán u pacientů po artroskopii ramene by měl být individuálně přizpůsobený s ohledem na věk, úroveň fyzické aktivity, diagnózu, chirurgický zákrok a další okolnosti. Je nezbytné si uvědomit, že předmětem rehabilitační péče je samotný pacient, nikoliv jeho onemocnění či úraz. Pohyby vytvářené během rehabilitace by měly být v bezbolestném rozsahu, o čemž musí být pacient edukován. Rehabilitační léčba se zahajuje co nejdříve, jak je to možné, a měla by být postupná i progresivní, aby bylo dosaženo požadované funkční úrovně (Milano a Grasso, 2014, s. 73–74).

Rehabilitační režim po ASK se odvíjí od diagnózy a od typu výkonu, který byl u pacienta proveden. U některých zákroků je zapotřebí několikátýdenní fixace pomocí ortézy. To se týká například stabilizace ramene, sutur rotátorové manžety či výkonů na šlaše dlouhé hlavy bicepsu. U méně invazivních artroskopií stačí fixace horní končetiny pomocí šátkového závěsu. Pacient s fixací by měl dodržovat klidový režim, čímž je myšleno nezatěžování operované končetiny. Podle rozhodnutí lékaře a klinického nálezu je poté možno fixaci sejmout a zahájit šetrnou rehabilitaci pod dozorem fyzioterapeuta, která probíhá obvykle ambulantní formou. Cílem rehabilitační léčby je návrat rozsahu pohybu. Nejprve se jedná o pasivní pohyby, kdy fyzioterapeut cvičí s pacientem za něj s dopomocí gravitace. Dalším krokem rehabilitace jsou aktivní pohyby samotným pacientem a cviky na zesílení svalstva ramenního pletence. U některých typů operací není fixace horní končetiny nutná, a proto je zde vhodné začít s rehabilitací již první pooperační den. Již po několika týdnech od operačního zákroku se navrácí hybnost k normálu, ale přesto je doporučeno plnou zátěž ramene zahájit až po šesti měsících po operaci (Vilímovský, 2012).

## **2.5 Fixace horní končetiny po artroskopii ramene**

Ortotika je dílčí odvětví interdisciplinárního oboru, který se nazývá ortotika protetiky. Obecně se ortotika protetiky zabývá návrhem, vytvářením a následným uplatněním protetických pomůcek. Dalšími dílčími obory je protetika, ortotika, epitetika, kalceotika a v neposlední řadě i adjuvantika. Ortotika je obor, jenž se specializuje na výrobu protetických pomůcek zevně aplikovatelných, které mají za úkol kompenzovat či ovlivňovat pohyb dané části těla, aniž by se měnila jeho morfologie, tudíž nahrazují výhradně funkční deficit. Funkčním produktem tohoto odvětví je ortéza, která ovlivňuje funkční defekty skeletálního, muskulárního či nervového původu (Dungl, 2014, s. 93–94; Gallo, 2011, s. 197).

Po artroskopii ramene se pro fixaci horní končetiny využívá šátkový závěs, Desaultova ortéza či abdukční ortéza nebo válec. Během zotavování se po ASK ramene je důležité mít fixaci horní

končetiny většinu dne i noci nasazenou. Výjimku zde tvoří např. provádění hygieny či fyzioterapeutická cvičení. Naopak při aktivitě či spánku poskytuje fixace horní končetiny ochranu operovanému rameni. Společným znakem těchto fixací je ten, že šátkový závěs a některé ortézy mají popruh, který vede za krkem a jeho účelem je podpora horní končetiny. Zmíněné ortézy mají i popruh okolo pasu, který brání pohybu paže okolo trupu. Ortézy se vyrábí v několika velikostech. Pokud je vybrána špatná velikost ortézy, pak se bude pacient cítit nepohodlně a fixace horní končetiny mu nebude vyhovovat. V případě správné velikosti může nastat problém, kdy bude popruh okolo krku příliš dlouhý, tudíž nebude ortéza splňovat funkci podpory končetiny. Pacient bude cítit potřebu udržet končetinu pomocí aktivní svalové kontrakce, což povede k bolesti ramene a lopatky. U obézních pacientů má abdukční ortéza menší tendenci dobře plnit svoji funkci z důvodu velkého množství břišního tuku. To pak má za následek přílišnou abdukci končetiny (Pilný, 2011; Sanchez-Sotelo, 2020; Ryba, 2016).

### **3 PRŮZKUMNÁ ČÁST**

Průzkumná část se zabývá péčí o pacienty, kteří podstoupili artroskopickou operaci ramene v letech 2019 a 2020 a byla jim pooperačně nasazena fixace podle provedení výkonu. Při retrospektivním zpracování dat byla prvně vyhledána a analyzována demografická data, která byla poté zpracována do grafů. Následně byl proveden sběr určitých údajů podle předem daných kritérií ze zdravotnické dokumentace průzkumného vzorku pacientů za rok 2020. Mezi tyto specifické údaje patřilo, zda bylo využito nervové blokády a analgetik, zda byla zavedena Redonova drenáž a jaké oblasti sebekpěče týkající se hygienické péče, stravování, oblékání a pohybu po operačním výkonu, byly deficitní. Poté následovalo vypracování tří kazuistik pacientů, kteří byli indikováni k artroskopii ramene, a to podle typu použité fixace. První kazuistika popisuje péči o pacienta se šátkovým závěsem. Druhá se zabývá péčí o pacienta s Desaultovou fixací a poslední, třetí kazuistika, je zaměřena na péči o pacienta s abdukční ortézou. Jako praktický výstup této práce byla vytvořena ošetrovatelská dokumentace (viz příloha C) pro záznam péče o pacienty po artroskopii ramene, která souvisí s typem používaných fixací horní končetiny.

#### **3.1 Průzkumné otázky**

1. Jaká je četnost artroskopií ramene za rok 2019 a 2020?
2. Jak probíhá ošetrovatelská péče o pacienty po artroskopii ramene?
3. Jaké jsou rozdíly v ošetrovatelské péči o pacienty po artroskopii ramene s respektováním různého typu fixace horní končetiny?

#### **3.2 Metodologie práce**

Základem metodologie bylo zjištění základních demografických informací a retrospektivní sběr dat z chorobopisů pacientů, kteří byli na základě onemocnění či úrazu indikováni k artroskopii ramene, a to v letech 2019 a 2020. Následně byla zjišťována konkrétní data ze zdravotnických dokumentací pacientů z roku 2020. V průběhu sběru těchto informací byly vypracovány tři retrospektivní kazuistiky, které popisují péči o dané pacienty se zaměřením na její specifika. Ta byla poté použita k vytvoření ošetrovatelské dokumentace pro záznam péče o pacienty po artroskopii ramene podle pooperační fixace horní končetiny.

#### **3.3 Charakteristika průzkumného vzorku**

Průzkumný vzorek zahrnovala zdravotnické dokumentace mužů i žen. Prvním kritériem byl věk, kdy všichni vybraní pacienti byli starší 18 let. Věkové rozmezí vybraných pacientů bylo od 18 do 71 let. Další podmínkou bylo to, že všichni pacienti byli indikováni k artroskopii

ramene a následně ji podstoupili. Třetí podmínkou bylo pooperační nasazení šátkového závěsu, Desaultovy ortézy nebo abdukční ortézy. Průzkumný soubor byl tvořen celkově 100 pacienty, kteří podstoupili artroskopii ramene v letech 2019 a 2020. Za rok 2019 to bylo 72 pacientů, z toho bylo 39 mužů a 33 žen. V roce 2020 jich bylo 28 a z toho bylo 11 mužů a 17 žen. Následně byli z průzkumného vzorku vybráni tři pacienti, kteří slouží k popsání vybrané problematiky, retrospektivním sběrem informací byly z jejich chorobopisů vytvořeny tři kazuistiky. Byla zajištěna anonymita všech pacientů.

### **3.4 Předprůzkum**

Před zahájením průzkumu byla prvně analyzována zdravotnická dokumentace pacientů. Cílem pilotáže bylo vytvoření dvou záznamových archů. První byl použit ke zjištění výskytu předem určených specifíků ošetrovatelské péče o pacienty po artroskopii ramene s pooperační fixací z roku 2020. Druhý arch sloužil k záznamu dat, která byla nadále využita k tvorbě kazuistik.

### **3.5 Sběr dat**

Retrospektivní sběr dat pro průzkumnou část byl proveden v nemocnici krajského typu v kartotéce ortopedického oddělení se souhlasem daného zdravotnického zařízení a vrchní sestry ortopedického oddělení. Tento sběr probíhal od dubna do května 2021. Prvně byla zpracována poskytnutá demografická data do dvou grafů. První graf zobrazuje počty pacientů za rok 2019 a 2020 v závislosti na pohlaví. Druhý znázorňuje četnost stejných pacientů podle věku. Členění pacientů do určených věkových skupin bylo provedeno na základě doporučení dělení dospělosti od Světové zdravotnické organizace. Dále byly chorobopisy pacientů za rok 2020 rozděleny do tří skupin podle použité fixace horní končetiny se zaměřením na použití nervové blokády a v souvislosti s tím i na četnost použití analgetik, zavedení Redonova drénu do operační rány a oblasti sebeděže, které byly u daných pacientů v ošetrovatelské dokumentaci vyhodnoceny jako deficitní. To bylo zapsáno do předem vytvořeného archu (viz příloha B) a následně zpracováno do grafu a tabulek. Poté byly dostupné chorobopisy o pacientech za rok 2019 a 2020 analyzovány a následně z nich byly vybrány tři, které sloužily pro vytvoření kazuistik. Pro tento účel byl vytvořen záznamový arch (viz příloha A). Ze vstupního vyšetření lékařem byly v chorobopisech zjištěny anamnestické údaje pacienta. Z ošetrovatelské dokumentace byla prvně vypsána provedená fyzikální vyšetření sestrou a k tomu dále náležitá škálová a testová hodnocení společně s fyziologickými funkcemi při příjmu pacienta. Potom analýzou lékařské a ošetrovatelské dokumentace byla chronologicky sestavena období péče, kterými si pacient prošel. Praktickým výstupem této práce je ošetrovatelská dokumentace pro záznam péče (viz příloha C) o pacienty po artroskopii ramene podle fixací horní končetiny.

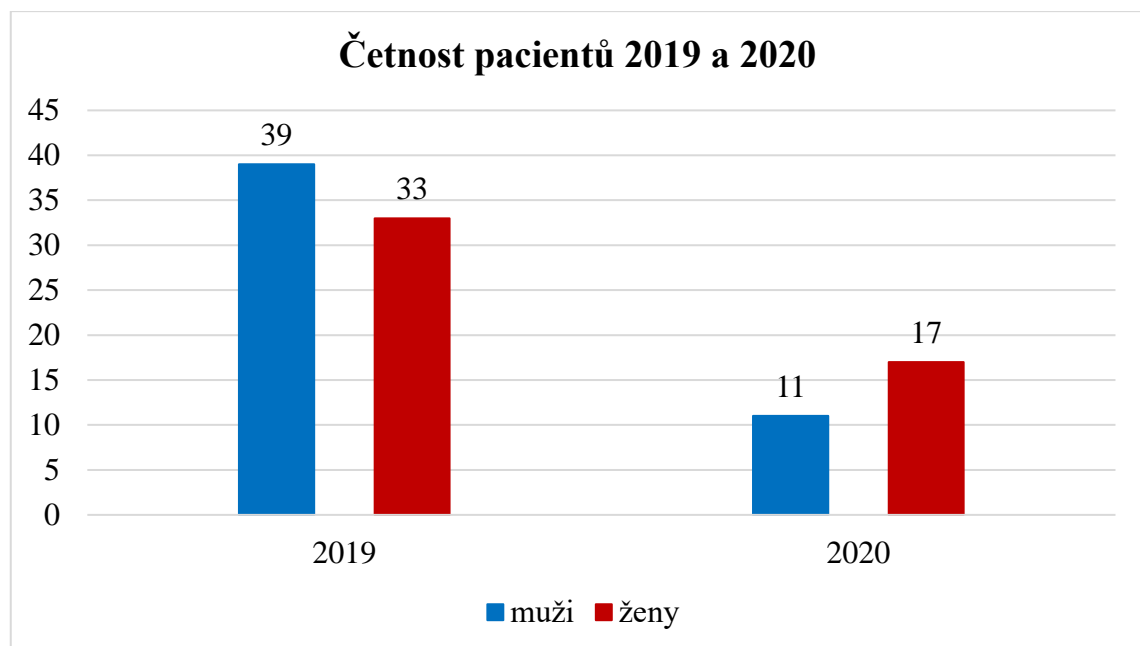
Z důvodu celosvětové pandemie COVID-19 byly na začátku roku 2021 podle zjištěných informací pozastaveny artroskopické operace ramen, a proto nemohl být proveden sběr dat přímo od pacientů a ošetrovatelského personálu na ortopedickém oddělení. Z tohoto důvodu byla původní metodologie změněna na retrospektivní sběr informací. Metodologie práce byla původně založena na případových studiích deseti pacientů, jejichž výsledkem měly být ošetrovatelské kazuistiky pacientů ze zkoumaného vzorku. Veškeré potřebné informace měly být zjištěny vlastním sběrem dat podle modelu M. Gordonové, pozorováním, analýzou zdravotnické dokumentace a případnou komunikací se zdravotnickým personálem. Kazuistika měla obsahovat anamnestické údaje pacienta a popis současného stavu, který měl být roztržěn pomocí NANDA International taxonomie II na domény. Praktickým výstupem mělo být doporučení pro praxi v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty po artroskopii ramene s respektováním typu fixace horní končetiny, která měla obsahovat konkrétní specifika pro určitou fixaci.

### 3.6 Analýza dat a interpretace výsledků

Všechna data, která byla zjištěna retrospektivním sběrem, jsou zde zpracována, vyhodnocena a prezentována.

#### 3.6.1 Demografická data

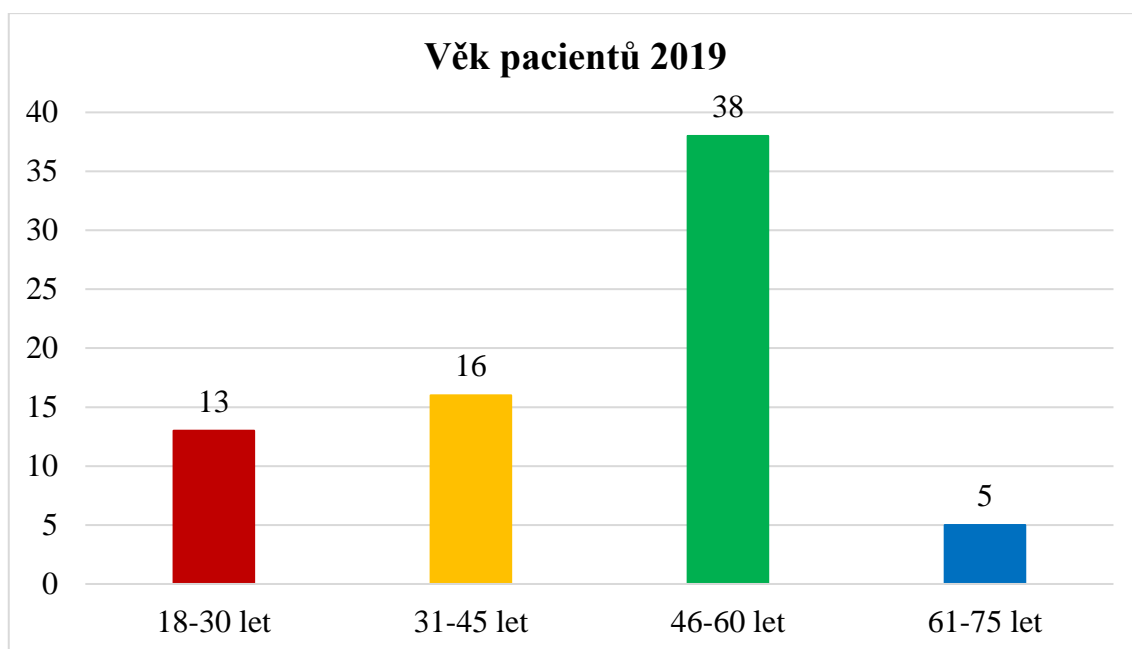
V této části práce jsou popsána demografická data pacientů z ortopedického oddělení nemocnice krajského typu, kteří podstoupili artroskopii ramene v letech 2019 a 2020. Data jsou zpracována do sloupcových grafů.



**Obrázek 1 Četnost pacientů 2019 a 2020**

Graf na obrázku 1 znázorňuje četnost pacientů indikovaných k artroskopii ramene v letech 2019 a 2020. Během roku 2019 podstoupilo artroskopickou operaci ramene celkově 72 pacientů. Z toho bylo 39 mužů (54,17 %) a 33 žen (45,83 %). Artroskopické ošetření ramene za rok 2020 podstoupilo 28 pacientů. Z toho bylo 11 mužů (39,29 %) a 17 žen (60,71 %).

Nejčetnějším souborem pacientů po artroskopii ramene za rok 2019 byli muži. Naopak v roce 2020 podstoupily artroskopii ramene více ženy.

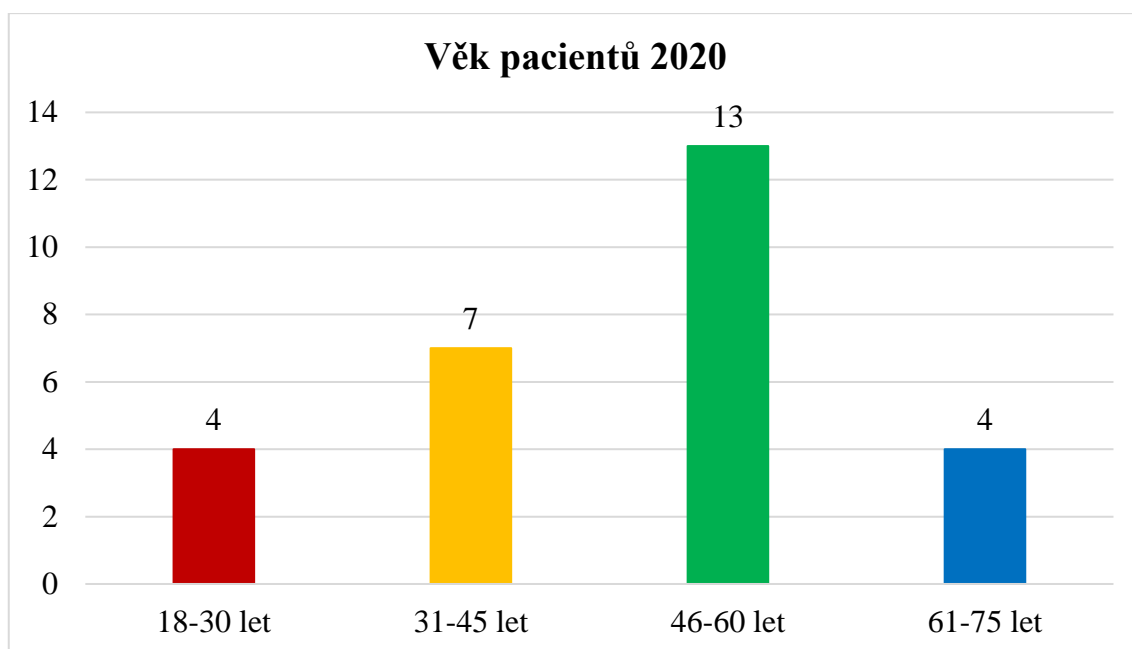


**Obrázek 2 Věk pacientů 2019**

Četnost artroskopických operací ramene za rok 2019 je zobrazena v grafu na obrázku 2. Za rok 2019 podstoupilo artroskopii ramene 13 pacientů (18,06 %), kteří byli ve věku od 18 do 30 let. Ve věkovém rozmezí 31 až 45 let bylo odoperováno 16 pacientů (22,22 %). Ve věku 46 až 60 let podstoupilo artroskopii ramene 38 pacientů (52,78 %). Zbýlých 5 pacientů (6,94 %) bylo ve věku od 61 do 75 let.

Nejpočetnějším souborem za rok 2019 byli pacienti po artroskopické operaci ramene ve věkové skupině od 46 do 60 let. Nejmladší pacient byl ve věku 18 let a nejstaršímu bylo v té době 71 let. Průměrný věk pacientů za rok 2019 byl 46 let.





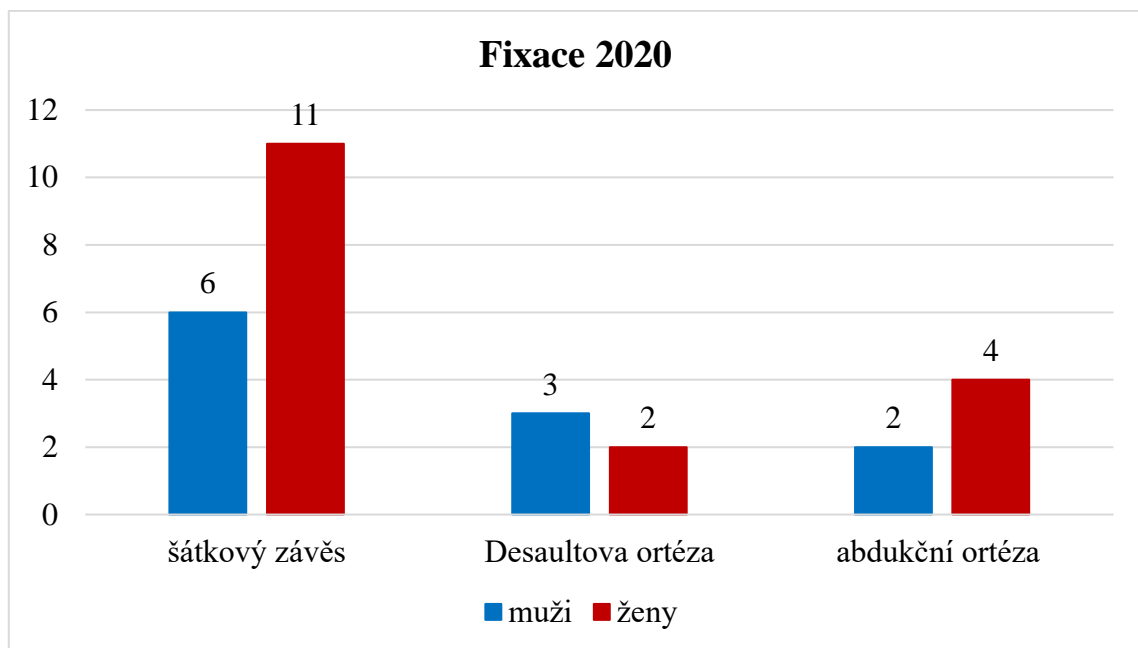
**Obrázek 3 Věk pacientů 2020**

Obrázek 3 znázorňuje graf četnosti artroskopií ramene během roku 2020. Za tento rok byli indikováni k artroskopii ramene 4 pacienti (14,29 %) ve věkovém rozpětí od 18 do 30 let. Ve věku 31 až 45 let bylo odoperováno 7 pacientů (25,00 %), 13 pacientů (46,43 %) bylo ve věku od 46 do 60 let. Zbylí 4 pacienti (14,29 %) byli ve věku od 61 do 75 let.

V roce 2020 byla nejčetnější věková skupina od 46 do 60 let. V té době byl nejmladší pacient ve věku 27 let a nejstaršímu bylo 71 let. Průměrný věk pacientů v roce 2020 byl 49 let.

### 3.6.2 Pacienti s fixací horní končetiny v roce 2020

Zde jsou zpracována data o pacientech, kteří byli hospitalizováni z důvodu indikace k artroskopické operaci ramene v roce 2020. Jejich jednotlivá četnost v souvislosti s typem fixace horní končetiny je zpracována do grafu. Dále následují tabulky, kde jsou vypsána data z dokumentací pacientů, která pojednávají o využití nervové blokády, četnosti využitých analgetik po dobu hospitalizace, zavedení drénu a oblastech sebedpěče, které byly sestrami vyhodnoceny jako ty, kde je třeba dopomoci. Tato kritéria mají dopomoci ke zjištění specifik péče o tyto pacienty.



**Obrázek 4 Fixace 2020**

Obrázek 4 zobrazuje graf četnost pacientů se šátkovým závěsem, Desaultovou a abdukční ortézou. Šátkový závěs byl použit u 17 pacientů a konkrétně šlo o 6 mužů a u 11 žen. U 5 pacientů byla použita Desaultova ortéza, z toho byli 3 muži a 2 ženy. Abdukční ortéza byla pooperačně přiložena 6 pacientům. Konkrétně to byli 2 muži a 4 ženy.

### 3.6.2.1 Analýza zvolených specifík ošetrovatelské péče

Níže jsou ve třech tabulkách zpracována data, která byla vypsána z dostupných zdravotnických dokumentací pacientů, kteří byli v roce 2020 indikováni k artroskopii ramene. Retrospektivní sběr dat se týkal oblasti analgezie, kde bylo zjišťováno, zda byla pacientovi aplikovaná nervová blokáda a počet použitých analgetik po dobu jejich hospitalizace. Dále bylo zjišťováno zavedení Redonovy drenáže (dále jen RD) a oblasti sebepéče, které byly podle dostupné dokumentace vyhodnoceny jako deficitní. Zvolená kritéria pro výběr informací dokreslují specifika péče o pacienty po artroskopii ramene s různým typem fixace horní končetiny. Informace byly zapisovány do předem připraveného záznamového archu (viz příloha B). Tabulka 2 obsahuje informace 17 pacientů, kteří měli pooperačně nasazený šátkový závěs horní končetiny. Tabulka 3 poskytuje informace o 5 pacientech s Desaultovou ortézou. Data pacientů s abdukční ortézou jsou popsána v tabulce 4. Těchto pacientů bylo 6. Pod každou tabulkou je uvedeno její shrnutí a po těchto tabulkách následuje i celkový souhrn, kde jsou mezi sebou porovnány všechny tři typy fixace.

**Tabulka 2 Šátkový závěs 2020**

Typ fixace	Pacient	Nervová blokáda	Četnost použití analgetik	RD	Oblasti deficitu sebepéče
<b>ŠÁTKOVÝ ZÁVĚS</b>	1	NE	3×	NE	Hygienická péče, pohyb po operačním výkonu
	2	NE	5×	NE	Hygienická péče, pohyb po operačním výkonu, stravování, oblékání
	3	NE	3×	NE	Hygienická péče, pohyb po operačním výkonu
	4	ANO	1×	NE	Hygienická péče, oblékání
	5	NE	5×	NE	Hygienická péče, pohyb po operačním výkonu, oblékání
	6	ANO	1×	NE	Hygienická péče

Typ fixace	Pacient	Nervová blokáda	Četnost použití analgetik	RD	Oblasti deficitu sebedpěče
ŠÁTKOVÝ ZÁVĚS	7	ANO	0	ANO	Hygienická péče, pohyb po operačním výkonu
	8	ANO	13×	NE	Stravování
	9	ANO	6×	NE	Hygienická péče, oblékání
	10	NE	2×	NE	Hygienická péče, pohyb po operačním výkonu
	11	NE	3×	NE	Hygienická péče
	12	ANO	1×	NE	Hygienická péče, pohyb po operačním výkonu, stravování, oblékání
	13	NE	3×	NE	Hygienická péče
	14	NE	4×	ANO	Hygienická péče
	15	NE	8×	ANO	Hygienická péče
	16	NE	4×	ANO	Hygienická péče, pohyb po operačním výkonu, stravování, oblékání
	17	NE	5×	NE	Hygienická péče, pohyb po operačním výkonu, stravování

Z dostupných informací bylo zjištěno 17 pacientů se šátkovým závěsem. Nervová blokáda byla aplikována u 6 pacientů. Nebyla použita u 11 pacientů. Bez ohledu na délku hospitalizace byla průměrná četnost využití analgetik u pacientů s blokádou nervů 4. Bez nervové blokády bylo průměrné množství podaných analgetik také 4. Tudiž zde bylo v obou případech průměrně využito stejného množství analgetik.

Redonova drenáž do operovaného ramene byla zavedena 4 pacientům. Zbylým 13 pacientům zavedena nebyla.

Podle ošetrovateľskej dokumentácie bola v oblasti deficitu sebezpečia zde v najväčšom mēritku uvedena hygienická pēče. Druhou najväčšou problematickou oblasťou bol pohyb po operačnom výkone. Ze zpracovaných dat vyplýva, že následovala dopomoc pri obliekaní a až poté pri stravovaní.

**Tabulka 3 Desaultova ortéza 2020**

Typ fixace	Pacient	Nervová blokáda	Četnost použití analgetik	RD	Oblasti deficitu sebepěče
<b>DESAULTOVA ORTÉZA</b>	1	ANO	1×	NE	Hygienická péče, pohyb po operačním výkonu, stravování
	2	ANO	3×	NE	Hygienická péče, stravování
	3	NE	5×	NE	Hygienická péče, pohyb po operačním výkonu, stravování, oblékání
	4	ANO	2×	NE	Hygienická péče
	5	ANO	2×	NE	Hygienická péče, pohyb po operačním výkonu

Z poskytnutých chorobopisů byla Desaultova fixace použita u 5 pacientů. Nervová blokáda byla aplikována 4 pacientům. Použita nebyla u 1 pacienta. Nehledě na délku hospitalizace bylo průměrné množství použitých analgetik u pacientů s nervovou blokádou 2. U pacienta, kterému nebyla nervová blokáda aplikovaná, bylo použito 5 analgetik. Zde lze říct, že pacienti s nervovou blokádou měli nižší potřebu pooperační analgezie.

Redonův drén nebyl zaveden ani jednomu pacientovi.

Podle ošetrovatelské dokumentace byla oblast hygienické péče vnímána jako nejvíce deficitní. Další oblastí péče, kde bylo potřeba dopomoci, bylo stravování a pohyb po operačním výkonu. Nejméně to bylo v poslední oblasti, která se týkala dopomoci při oblékání.

**Tabulka 4 Abdukční ortéza 2020**

Typ fixace	Pacient	Nervová blokáda	Četnost použití analgetik	RD	Oblasti deficitu sebedpěče
<b>ABDUKČNÍ ORTÉZA</b>	1	NE	2×	NE	Hygienická péče, stravování, pohyb po operačním výkonu
	2	ANO	10×	ANO	Hygienická péče, oblékání, stravování
	3	ANO	5×	ANO	Hygienická péče
	4	NE	5×	ANO	Hygienická péče, oblékání
	5	NE	6×	NE	Hygienická péče
	6	NE	11×	NE	Hygienická péče, pohyb po operačním výkonu

Abdukční ortéza byla podle dostupných informací přiložena 6 pacientům. Nervová blokáda byla použita u 2 pacientů, nebyla využita u 4 pacientů. V nezávislosti na délce hospitalizace byla průměrná četnost použití analgetik u pacientů s blokádou 8. U druhé skupiny pacientů bylo průměrně využito 6 analgetik. Zde byla u pacientů s nervovou blokádou větší potřeba tlumit bolest.

Redonův drén byl zaveden 3 pacientům a stejnému počtu naopak zaveden nebyl.

Podle dostupných ošetřovatelských záznamů bylo nejvíce potřeba dopomoci v oblasti hygienické péče. Dopomoc při stravování, oblékání a pohybu po operačním výkonu byla na stejné úrovni.

### 3.6.3 Zpracování retrospektivních kazuistik

V této části průzkumu jsou zpracovány tři kazuistiky pacientů, kteří byli indikováni k artroskopii ramene. Každá kazuistika představuje jednu ze tří fixací používaných k imobilizaci a/nebo odlehčení horní končetiny po operaci. První kazuistika je věnována pacientce s peritendinitidou šlachy dlouhé hlavy bicepsu a impingement syndromem ramene a po výkonu jí byl nasazen šátkový závěs. Další kazuistika popisuje pacienta s instabilitou ramene, jemuž byla po operaci nasazena Desaultova ortéza. V poslední kazuistice se tato práce zaměřuje na pacientku, u které byl primárně diagnostikován syndrom zmrzlého ramene a peroperačně i impingement syndrom a totální ruptura rotátorové manžety. Po artroskopickém ošetření byl pacientce nasazen abdukční válec. V každé kazuistice je na úvod krátký popis daného pacienta. Dále jsou zde zmíněny anamnestické údaje a ošetřovatelská anamnéza, která byla sepsána na ortopedickém oddělení. Také zahrnuje škálové a testové hodnocení či fyziologické funkce při příjmu pacienta. Následně jsou popsány dny hospitalizace, které jsou dále chronologicky členěny na období péče o pacienta. Na konci každé kazuistiky se nachází její shrnutí. Všechny tyto údaje byly získány prostřednictvím lékařských a ošetřovatelských záznamů.

#### 3.6.3.1 Pacientka se šátkovým závěsem

Z dostupné dokumentace vyplývá, že pacientka byla přijata na ortopedické oddělení z důvodu indikace k plánované artroskopické operaci pravého ramene. V době přijetí byla ve věku 71 let. Pacientka uvádí úraz ramene v roce 2017 a podle záznamů od té doby trpí bolestmi tohoto kloubu. Byla přijata den před výkonem, jelikož měla diabetes mellitus léčený perorálními antidiabetiky (dále jen PAD) a byla u ní zapotřebí diabetická příprava před operací.

Anamnestické údaje (**zdroj:** vstupní vyšetření na lůžku s hlavičkou)

- **Osobní anamnéza:** arteriální hypertenze, diabetes mellitus na PAD, astma bronchiale, hyperlipidémie, hyperurikémie, st. p. artroskopii kolene vlevo i vpravo, st. p. gynekologické operaci, st. p. operaci bederní páteře
- **Alergická anamnéza:** Ajatin, náplast, pyly
- **Farmakologická anamnéza:** Orcal Neo 5 mg tbl. 1-0-1, Omeprazol 20 mg cps. 1-0-0, Betaloc SR 200 mg tbl. ½-0-0, Glyclada 30 mg tbl. 1-0-0, Pioglitazone Accord 30 mg tbl. 1-0-0, Glucophage 750 mg tbl. 0-0-2, Zenaro 5 mg tbl. 1-0-0, Amedo 10 mg 0-0-1, Tezeo 80 mg/25 mg tbl. 1-0-0
- **Pracovní anamnéza:** důchodkyně



**Tabulka 5 Fyzikální vyšetření pacientky se šátkový závěsem**

<b>FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PŘI PŘÍJMU PACIENTA</b>	
<b>(zdroj: ošetrovatelská dokumentace)</b>	
<b>Stav vědomí</b>	orientovaná
<b>Psychický stav</b>	spolupracuje
<b>Dýchání</b>	spontánní, bez dušnosti
<b>Soběstačnost</b>	ano
<b>Poruchy sluchu</b>	ne
<b>Poruchy zraku</b>	ano (dalekozrakost)
<b>Poruchy řeči</b>	ne
<b>Umělý chrup</b>	ne
<b>Sliznice</b>	vlhké
<b>Tekutiny</b>	1,5 litru za 24 hodin
<b>Stav kůže</b>	bez defektů
<b>Problémy s močením</b>	ne
<b>Problémy se stolicí</b>	ne
<b>Spánek</b>	narušený (potíže s usínáním)
<b>Sociální podmínky</b>	nebydlí sama, není potřeba zajistit další pomoc

Fyziologické funkce při příjmu (**zdroj: ošetrovatelská dokumentace**)

- **Krevní tlak:** 150/70 mmHg
- **Pulz:** 88'
- **Saturace kyslíku:** 94 %
- **Tělesná teplota:** 36,7 °C

Škálové a testové hodnocení při příjmu (**zdroj:** ošetrovatelská dokumentace)

- **Riziko dekubitů podle Nortonové:** 32 bodů, bez rizika vzniku dekubitů
- **Hodnocení základních všedních činností podle Barthelové:** 100 bodů, nezávislý
- **Vizuální analogová škála:** 1–2, chronická, tupá, způsobená pohybem končetiny

Průběh hospitalizace:

### **1. den hospitalizace**

Z ošetrovatelské dokumentace bylo zjištěno, že pacientka byla přijata v dopoledních hodinách na ortopedické oddělení z důvodu indikace k artroskopické operaci pravého ramene. Byla sepsána ošetrovatelská anamnéza a podle edukačního záznamu byla pacientka slovně edukována o přípravě před výkonem, péči o invazivní vstupy, prevenci pádu a o péči po výkonu. Ze záznamů z ošetrovatelské dokumentace vyplývá, že jí byl do horní levé končetiny zaveden periferní žilní katétr z důvodu aplikace intravenózní medikace a infuzní terapie. Také bylo v této dokumentaci uvedeno, že večerních hodinách uvedla pacientka bolest v intenzitě 2, ale analgetika nepožadovala. Ze záznamu z dekurzu plyne, že jí byl ve večerních hodinách podán Lexaurin naordinovaný lékařem. U pacientky byla nutná diabetická příprava před operací, která zahrnovala podání infuzního roztoku glukózy v den operace a kontrola hladiny glykémie večer a ráno následujícího dne.

### **2. den hospitalizace/0. pooperační den**

Ze zápisů z ošetrovatelské dokumentace zvládla pacientka ranní hygienu samostatně. Na základě záznamu v dekurzu jí byl před operací podán infuzní roztok glukózy s inzulinem a chloridem draselným. Dále zde bylo zaznamenáno, že byla podána infuze se Syntophyllinem a Solu-Medrolem, která byla součástí předoperační medikace, a také i stanovená premedikace. Pacientka byla podle zápisů v dopoledních hodinách odvezena na operační sál.

Podle dat v operačním protokolu byla pacientka operována v celkové anestezii na levém boku s extenzí operované končetiny. Byla provedena měkkotkáňová i kostní subakromiální dekomprese a tenotomie šlachy bicepsu. Do operační rány byla zavedena Redonova drenáž a operovaná končetina byla dána do šátkového závěsu. Podle záznamů výkon proběhl bez komplikací a pacientka byla předána na dospávací jednotku.

Ze záznamu z pooperačního sledování na dospávací jednotce (dále jen DJ) pacientce byly kontrolovány základní životní funkce a byla jí změřena hodnota glykémie. Udávala bolesti

o intenzitě 7, načež jí byl podán infuzní roztok s Dipidolorem. Podle informací z dostupné dokumentace analgezie působila s pozitivním efektem, jelikož po určité době byla bolest vyhodnocena na intenzitu 2. Krytí operační rány, kterou měla pacientka, bylo suché a Redonova drenáž byla funkční a bez odpadu. Na DJ se nevymočila. Oxygenoterapie nebylo třeba využít. Pacientka byla bez nauzey či zvracení. Po uplynutí stanoveného času observace byla pacientka převezena zpět na ortopedické oddělení.

Ze zápisu v ošetrovatelské dokumentaci vyplývá, že na standardním oddělení bylo k lůžku pacientky dáno signalizační zařízení. V souvislosti s operačním výkonem bylo dbáno zvýšeného dohledu na pacientku kvůli riziku pádu či náhlého zhoršení stavu. Na standardním oddělení se jí i nadále po určitou dobu kontrolovaly fyziologické funkce. Ze záznamů vyplývá, že hybnost a citlivost prstů pacientčiny operované končetiny byla v normě a také prokrvení bylo dobré. Dále bylo zjištěno, že šátkový závěs pacientce vyhovoval. Její operované rameno bylo ledováno. Pacientka měla krytí operační rány s průsakem, a proto byla na ní navázána další vrstva krytí. Měla zavedený periferní žilní katétr, který byl podle dokumentace bez příznaků flebitidy. Analýzou ošetrovatelských zápisů bylo shledáno, že dopomoc byla pacientce poskytnuta při stravování, jelikož jí byla operována její dominantní ruka. Ve večerních hodinách se pacientka vymočila. Dle dekurzu jí byl podán intravenózně Almíral, jelikož pacientka uváděla tupou bolest intenzity 4. Bolest byla podle ošetrovatelského záznamu vyhodnocena po určité době na intenzitu 1, tudíž analgetika působila s pozitivním efektem. Celkový odpad z Redonova drénu, který měla pacientka zavedený, činil na konci tohoto dne 70 ml.

### **3. den hospitalizace/1. pooperační den**

Podle ošetrovatelské dokumentace byla první pooperační den zapotřebí dopomoc pacientce při hygieně, taktéž při stravování a při oblékání. Ráno byl proveden první převaz operační rány a byla také odstraněna Redonova drenáž, která za tento den odvedla 35 ml. Celkově odvedla 105 ml od doby zavedení. Ve stejnou dobu měla podle ošetrovatelské dokumentace pacientka tupou bolest intenzity 3 a byl jí podán Paracetamol intravenózně, který jí snížil bolest na intenzitu 1. Šátkový závěs pacientce nadále vyhovoval. Prokrvení, citlivost i hybnost končetiny, která jí byla operována, byla dobrá. Z dokumentace vyplývá, že i nadále byly pacientce na operační ránu přikládány ledové obklady. Periferní žilní katétr, který měla zavedený, byl stále bez známek flebitidy. Ve večerních hodinách měla pacientka bolesti intenzity 4, načež jí byl podán intravenózně Almíral podle záznamu v dekurzu, kde byla tato ordinace lékaře. Po určité

době od podání analgetik uvedla bolest intenzity 2. Dimise byla naplánovaná na následující den.

#### **4. den hospitalizace/2. pooperační den**

Podle ošetrovatelských záznamů i v druhém pooperačním dni bylo třeba dopomoci pacientce při hygieně, oblékání a stravování. V ranních hodinách byl proveden převaz operační rány, která byla dle dat bez známek zánětu. Do místa operační rány byl pacientce stále přikládán led. V ranních hodinách měla pacientka tupou bolest ramene, která byla intenzity 2, ale analgetika nepožadovala. Dále jí byl před dimisí odstraněn periferní žilní katétr. V dopoledních hodinách dostala pacientka lékařskou zprávu a následně byla podle dostupných záznamů edukována o svém zdravotním stavu, dalším léčebném postupu a o následné rehabilitaci. Odvoz měla vlastní. V propouštěcí zprávě byla uvedena následné péče, která měla probíhat v ortopedické ambulanci, kam se měla pacientka dostavit za 7 dní. Šátkový závěs měla pacientka nosit po dobu dvou týdnů a poté začít rehabilitovat s odborníkem. Poukaz na rehabilitační péči byl pacientce vydán.

#### **Shrnutí:**

Podle analýzy dostupné lékařské a ošetrovatelské dokumentace byla zjištěna následující data. Pacientka byla přijata na ortopedické oddělení z indikace k provedení artroskopie pravého ramene. Operačně byla provedena subakromiální dekomprese a tenotomie šlachy. Po operaci byla končetina dána do šátkového závěsu. Jelikož byla pacientka diabetička na PAD, byla přijata již den před výkonem a byla jí provedena diabetická příprava před operací. Ta zahrnovala kontrolu hladiny glykémie večer v den před výkonem a ráno v den operace, podání infuzního roztoku glukózy s chloridem draselným a s inzulínem podle ordinace lékaře. Artroskopický výkon proběhl bez komplikací. Po operaci byla na pacientčinu operační ránu navázána další vrstva krytí, jelikož došlo k průsaku. Redonova drenáž, kterou měla pacientka zavedenou, byla funkční a odpad v den operace činil 70 ml. Druhý den byl odpad z drenáže 35 ml a při prvním převazu tentýž den byl odstraněn. Celkový odpad za dva dny činil 105 ml. Rána se hojila per primam. Dopomoc v sebepéči byla pacientce zajištěna při oblékání, při hygienické péči a při stravování, jelikož bylo pacientce operováno rameno její dominantní ruky. Hybnost, citlivost a prokrvení končetiny po operaci bylo dobré. Na operační ránu byly přikládány ledové obklady. Analgetické léčby bylo využito v den výkonu a první pooperační den, jinak pacientka analgetika nevyžadovala. Pacientka měla zavedený periferní žilní katétr, který nevykazoval žádné známky zánětu po celou dobu jeho zvedení. Rehabilitační péče na

ortopedickém oddělení nebylo třeba a šátkový závěs pacientce vyhovoval. Podle doporučení ho měla nosit po dobu 2 týdnů a poté měla začít rehabilitovat s odborníkem. Celá hospitalizace trvala čtyři dny a proběhla bez komplikací.

### 3.6.3.2 Pacient s Desaultovou ortézou

Z dokumentace bylo zjištěno, že na ortopedické oddělení byl přijat pacient z důvodu indikace k plánované artroskopii ramene. V době příjmu mu bylo 28 let. U pacienta byla diagnostikována instabilita ramene vpravo, což bylo zapříčiněno opakovanými úrazy ramene spojené s recidivujícími luxacemi tohoto kloubu.

Anamnestické údaje (**zdroj:** vstupní vyšetření na lůžku s hlavičkou)

- **Osobní anamnéza:** st. p. stabilizaci ramene vpravo (v roce 2015)
- **Alergická anamnéza:** 0
- **Farmakologická anamnéza:** 0
- **Pracovní anamnéza:** prodavač

**Tabulka 6 Fyzikální vyšetření pacienta s Desaultovou ortézou**

<b>FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PŘI PŘÍJMU PACIENTA</b> ( <b>zdroj:</b> ošetřovatelská dokumentace)	
<b>Stav vědomí</b>	orientovaný
<b>Psychický stav</b>	spolupracuje
<b>Dýchání</b>	spontánní, bez dušnosti
<b>Soběstačnost</b>	ano
<b>Poruchy sluchu</b>	ne
<b>Poruchy zraku</b>	ne
<b>Poruchy řeči</b>	ne
<b>Umělý chrup</b>	ne
<b>Sliznice</b>	vlhké
<b>Tekutiny</b>	2 litry za 24 hodin

<b>Stav kůže</b>	bez defektů
<b>Problémy s močením</b>	ne
<b>Problémy se stolicí</b>	ne
<b>Spánek</b>	bez poruchy
<b>Sociální podmínky</b>	nebydlí sám, není potřeba zajistit další pomoc

Fyziologické funkce při příjmu (**zdroj:** ošetrovatelská dokumentace)

- **Krevní tlak:** 115/70 mmHg
- **Pulz:** 48'
- **Saturace kyslíku:** 99 %
- **Tělesná teplota:** 36,7 °C

Škálové a testové hodnocení při příjmu (**zdroj:** ošetrovatelská dokumentace)

- **Riziko dekubitů podle Nortonové:** 35 bodů, bez rizika vzniku dekubitů
- **Hodnocení základních všedních činností podle Barthelové:** 100 bodů, nezávislý
- **Vizuální analogová škála:** 0, bez bolesti

Průběh hospitalizace:

### **1. den hospitalizace/0. pooperační den**

Z ošetrovatelské dokumentace vyplývá, že byl pacient byl přijat v dopoledních hodinách na ortopedické oddělení z indikace k plánované artroskopii ramene vpravo. Byla vyplněna ošetrovatelská anamnéza a podle edukačního záznamu byl pacient slovně edukován o sebepěči, přípravě před výkonem, péči po operaci, prevenci pádu a péči o invazivní vstupy. Podle ošetrovatelských záznamů bylo zjištěno, že byl pacientovi zaveden periferní žilní katétr do levé horní končetiny pro aplikaci intravenózní medikace a infuzní terapie. Dále bylo zde uvedeno, že pacient lačnil od večera předchozího dne. Na základě záznamů v dekurzu byla pacientovi podána premedikace a antibiotická profylaxe před operačním výkonem, která vycházela z předanestetického vyšetření. Pacient byl odvezen na operační sál v odpoledních hodinách dle dostupných dat.

Podle operačního protokolu byl pacient uveden do celkové anestezie a byl operován v poloze na levém boku s extenzí operované končetiny. Ke stabilizaci kloubu byly použity kotvy. Na konci operačního výkonu byl pacientovi pod ultrazvukovou kontrolou proveden interskalenický blok na operované končetině. Ta byla fixována Desaultovou ortézou. V operačním protokolu je uvedeno, že operační zákrok proběhl bez komplikací a pacient byl předán na dospávací jednotku.

V zápisech z pooperačního sledování jsou záznamy o tom, že na dospávací jednotce (dále jen DJ) byly pacientovi kontrolovány fyziologické funkce ve stanovených intervalech. Analgetické léčby nebylo zapotřebí využít. Dále byla dle dostupných dat sledována nauzea a zvracení. Krytí pacientovy rány bylo bez průsaku. Na DJ se po operačním výkonu nevymočil. Oxygenoterapie nebyla třeba. Po uplynutí určitého času observace na DJ byl pacient převezen zpět na ortopedické oddělení.

Ze zápisů z ošetrovatelské dokumentace plyne, že po převozu pacienta zpět na ortopedické oddělení bylo do jeho dosahu dáno signalizační zařízení. Z důvodu celkové anestezie bylo zvýšeně dohlíženo na pacienta kvůli riziku náhlého zhoršení stavu či pádu. Na ortopedickém oddělení mu byly do určité doby kontrolovány fyziologické funkce. Z ošetrovatelské dokumentace bylo dále zjištěno, že v souvislosti s artroskopií byla kontrolována hybnost a citlivost prstů operované končetiny, která byla bezprostředně po výkonu zhoršená. Prokrvení končetiny bylo dobré. Přiložená Desaultova fixace pacientovi vyhovovala. Na operované rameno byly přikládány ledové obklady. Pacientovo krytí operační rány bylo bez průsaku. Ve večerních hodinách se vymočil. Podle dostupných zápisů v dokumentaci pacient uváděl tupou bolest operovaného ramene v intenzitě 1, ale analgetika nepožadoval. Periferní žilní katétr, který měl zavedený, byl bez klinických příznaků flebitidy.

## **2. den hospitalizace/1. pooperační den**

Z ošetrovatelské dokumentace bylo zjištěno, že ranní hygienu zvládl pacient s dopomocí. V ranních hodinách udával pacient tupou bolest pravého ramene v intenzitě 3, byl mu dle dekurzu podán Zaldiar perorálně. Analgetika působila s pozitivním efektem, jelikož byla bolest po určité době podle záznamů vyhodnocena na intenzitu 1. U pacienta byla potřebná pomoc při oblékání či při stravování, i když podle záznamů pacientovou dominantní rukou byla ruka levá a byla mu operována končetina pravá. Desaultova fixace pacientovi vyhovovala. Také bylo v dokumentaci uvedeno, že byl proveden první převaz pacientovy operační rány. Na operované rameno byl i nadále přikládán ledový obklad. Citlivost, hybnost a prokrvení operované

končetiny byly dobré. Dále v ošetrovatelské dokumentaci byl uveden periferní žilní katétr, který měl pacient zavedený, byl bez příznaků flebitidy. Večer pacient opět udával tupou bolest pravého ramene v intenzitě 4, načež mu byl podle ordinací lékaře v dekurzu aplikován Almiral intramuskulárně. Analgetika působila s pozitivním efektem, protože po hodině byla bolest vyhodnocena na intenzitu 1. Na další den byla naplánována dimise.

### **3. den hospitalizace/2. pooperační den**

Podle ošetrovatelské dokumentace v tento den zvládl pacient ranní hygienu taktéž s dopomocí. Ta byla opět zapotřebí také při stravování a oblékání. Dále bylo zjištěno, že před dimisí byl u pacienta proveden převaz. Podle záznamů v ošetrovatelské dokumentaci byla bolest u pacienta vyhodnocena na intenzitu 2, ale analgetika nepožadoval. Pacientovi byl odstraněn periferní žilní katétr. Pacient v dopoledních hodinách obdržel lékařskou zprávu a byl podle poskytnutých edukačních záznamů edukován v rámci dimise o svém zdravotním stavu, dalším léčebném postupu a následné rehabilitaci. Odvoz měl vlastní. Kontrola a převaz operační rány měly být za 7 dní. Doba, po kterou měl pacient nosit Desaultovu ortézu, byla 5 týdnů. Začátek rehabilitace operované končetiny byl naplánován za 6 týdnů od artroskopie, kdy měl pacient poté obdržet v příslušné ambulanci poukaz na rehabilitační léčbu.

### **Shrnutí:**

Z dostupné lékařské a ošetrovatelské dokumentace byly zjištěny následující informace. Pacient byl hospitalizovaný tři dny na ortopedickém oddělení z důvodu indikace k artroskopii pravého ramene. Při operaci byly použity kotvy ke stabilizaci ramene. V souvislosti s výkonem byla pacientovi po ASK nasazena Desaultova fixace. Ta mu po dobu hospitalizace vyhovovala. První pooperační den byl proveden první převaz pacientovy operační rány, která byla klidná a hojila se per primam. Hybnost a citlivost končetiny byla zprvu po výkonu lehce zhoršená, ale další den byla již v pořádku. Prokrvení operované končetiny bylo dobré. Pacientovi byl na operačním sále aplikován interskalenický blok a v souvislosti s tím byla analgetická léčba využita pouze první pooperační den, jinak pacient analgetika nevyžadoval. Operované rameno bylo ledováno. Vzhledem k tomu, že bylo pacientovi operováno rameno nedominantní končetiny, byla zapotřebí dopomoc v sebeděči, která mu byla poskytnuta při stravování, hygieně a při oblékání. Periferní žilní katétr, který měl pacient zavedený, byl bez známek flebitidy po celou dobu zavedení. Na ortopedickém oddělení rehabilitační péče nebyla potřeba, jelikož měl pacient mít ortézu na 5 týdnů a až po 6 týdnech od artroskopie měl začít rehabilitovat s odborníkem. Operační výkon i pooperační péče probíhaly bez komplikací.



### 3.6.3.3 Pacientka s abdukční ortézou

Z dostupných informací byla na ortopedické oddělení přijata pacientka z indikace k provedení plánované artroskopie ramene vlevo. Při příjmu byla pacientka ve věku 57 let. Další nálezy, které byly zjištěny peroperačně, byly také indikací k artroskopii, ale až po tomto výkonu a rozcvičení ramene.

Anamnestické údaje (**zdroj:** vstupní vyšetření na lůžku s hlavičkou)

- **Osobní anamnéza:** hypertenze, reflexní choroba jícnu, st. p. cholecystektomii, st. p. hysterektomii
- **Alergická anamnéza:** Zaldiar, Tralgit
- **Farmakologická anamnéza:** Prestarium Neo Forte 10 mg tbl. 1-0-0, Amloratio 10 mg tbl. ½-0-0, Emanera 20 mg tob. 1-0-0
- **Pracovní anamnéza:** uklízečka

**Tabulka 7 Fyzikální vyšetření pacientky s abdukční ortézou**

<b>FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PŘI PŘÍJMU PACIENTA</b> ( <b>zdroj:</b> ošetřovatelská dokumentace)	
<b>Stav vědomí</b>	orientovaná
<b>Psychický stav</b>	spolupracuje
<b>Dýchání</b>	spontánní, námahová dušnost
<b>Soběstačnost</b>	ne (nutná dopomoc při hygieně)
<b>Poruchy sluchu</b>	ne
<b>Poruchy zraku</b>	ano (krátkozrakost)
<b>Poruchy řeči</b>	ne
<b>Umělý chrup</b>	ne
<b>Sliznice</b>	vlhké
<b>Tekutiny</b>	1,5 litru za 24 hodin
<b>Stav kůže</b>	bez defektů

<b>Problémy s močením</b>	ne
<b>Problémy se stolicí</b>	ne
<b>Spánek</b>	bez poruchy
<b>Sociální podmínky</b>	nebydlí sama, není potřeba zajistit další pomoc

Fyziologické funkce při příjmu (**zdroj:** ošetrovatelská dokumentace)

- **Krevní tlak:** 135/90 mmHg
- **Pulz:** 66'
- **Saturace kyslíku:** 95 %
- **Tělesná teplota:** 36,5 °C

Škálové a testové hodnocení při příjmu (**zdroj:** ošetrovatelská dokumentace)

- **Riziko dekubitů podle Nortonové:** 35 bodů, bez rizika vzniku dekubitů
- **Hodnocení základních všedních činností podle Barthelové:** 95 bodů, lehká závislost
- **Vizuální analogová škála:** 2, tupá bolest

Průběh hospitalizace:

### **1. den hospitalizace/0. pooperační den**

Z vedené ošetrovatelské dokumentace vyplývá, že byla pacientka na ortopedické oddělení přijata v dopoledních hodinách z důvodu indikace k plánované artroskopii a redresu ramene vlevo. Dostupná je i vyplněná ošetrovatelská anamnéza při příjmu a podle edukačního záznamu byla slovně edukována o sebepěči, přípravě před výkonem, péči po operaci, prevenci pádu a péči o invazivní vstupy. Dále bylo zjištěno, že pro aplikaci infuzní terapie a intravenózní medikace byl pacientce zaveden do pravé končetiny periferní žilní katétr. Také bylo v ošetrovatelských záznamech uvedeno, že pacientka lačnila od večera předchozího dne. Podle analýzy dekurzu jí byla podána předem určená premedikace. Pacientka byla odvezena na operační sál v dopoledních hodinách.

Podle zápisů v operačním protokolu se dalo zjistit, že byla pacientka operovaná v celkové anestezii. Byl proveden redres a následná artroskopie ramene v poloze na pravém boku s extenzí operované končetiny. Po artroskopii byla končetina imobilizována abdukčním

válcem. Také bylo v protokolu uvedeno, že operační zákrok proběhl bez komplikací a pacientka byla předána na observaci na dospávací jednotku.

V protokolu z pooperačního sledování bylo uvedeno, že pacientce byly na dospávací jednotce (dále jen DJ) kontrolovány fyziologické funkce. Její krytí operační rány bylo bez průsaku. Podle dostupných informací pacientka nejevila známky nauzey ani nezvracela. Udávala bolesti intenzity 6, a proto jí byl podán intravenózně infuzí Dipidolor. Analgetika působila s pozitivním efektem, jelikož po určité době snížila pacientčinu bolest na intenzitu 2. Na DJ se nevymočila. Oxygenoterapie nebylo třeba využít. Po ukončení observace byla pacientka převezena na ortopedické oddělení.

Z ošetrovatelské dokumentace vyplývá, že bylo na standardní oddělení pacientce dáno signalizační zařízení do jejího dosahu. Dále bylo uvedeno, že bylo dbáno zvýšeného dohledu v riziku pádu a riziku náhlého zhoršení stavu po operaci. Na standardním oddělení se i nadále do určitého času monitorovaly pacientčiny fyziologické funkce. Z dostupných ošetrovatelských záznamů bylo zjištěno, že hybnost a citlivost prstů operované končetiny byla v pořádku a prokrvení bylo dobré a abdukční válec pacientce vyhovoval. V odpoledních hodinách se pacientka vymočila. Dále bylo uvedeno, že krytí její operační rány bylo suché a byl na ni přikládán ledový obklad. Ve večerních hodinách měla pacientka bolesti ramene intenzity 3, a proto jí byl podle záznamu v dekurzu podán intravenózně Almiraal. Po určité době měla pacientka bolest intenzity 2. Periferní žilní katétr, který měla pacientka zavedený, byl dle dostupných informací bez projevů flebitidy.

## **2. den hospitalizace/1. pooperační den**

Podle ošetrovatelské dokumentace byla při ranní hygieně nutná pomoc. Také byla zapotřebí při oblékání či při stravování, i když byla pacientce operována její nedominantní ruka. Ráno uvedla tupé bolesti intenzity 4 a podle záznamu v dekurzu jí byl podán Paracetamol intravenózně. Po určité době byla bolest intenzity 1. Dále z dokumentace vyplývá, že byl v ranních hodinách proveden první převaz pacientčiny operační rány, která byla bez známek zánětu. Pacientce byl odstraněn periferní žilní katétr. Abdukční válec jí vyhovoval. Operační rána byla nadále ledována. Dále bylo zjištěno, že citlivost, hybnost a prokrvení končetiny byly v pořádku. S fyzioterapeutem v tento den započala rehabilitace končetiny v abdukčním postavení jako s abdukčním válcem. V odpoledních hodinách měla pacientka bolesti intenzity 3 a byl jí podle záznamu v dekurzu podán perorálně Ibalgin, který po určité době zmírnil bolest na intenzitu 2. Ve večerních hodinách byl opět dle informací z dekurzu pacientce

intramuskulárně aplikován Almiral, jelikož pacientka udávala tupou bolest na 4. Po určité době byla bez bolesti. Na další den byla naplánovaná dimise.

### **3. den hospitalizace/2. pooperační den**

I v tento den se dopomoc v sebeděči týkala stejných oblastí jako předchozí den podle záznamů v ošetrovatelské dokumentaci. Také tam bylo uvedeno, že abdukční válec pacientce vyhovoval. Pacientčino krytí operační rány bylo bez průsaku. Z dekurzu vyplývá, že před dimisí jí byl podán Ibalgin perorálně, jelikož měla bolesti intenzity 3. Obdržela lékařskou zprávu a podle záznamů byla edukována v rámci dimise o dalším léčebném postupu a následné rehabilitaci, která byla zahájena ambulantně ještě v týž den. Byla propuštěna v ranních hodinách a odvoz měla vlastní. Další kontrola stavu a převaz rány měly proběhnout za 5 dní.

#### **Shrnutí:**

Z dostupné lékařské a ošetrovatelské dokumentace vyplynula následující data. Pacientka byla přijata z indikace k redresu levého ramene a k následné artroskopii tohoto kloubu. Byla hospitalizována na ortopedickém oddělení po dobu tří dnů. Po operaci byla pacientce nasazena abdukční ortéza, konkrétně válec. Ta jí po dobu hospitalizace vyhovovala. První den po operaci byl proveden převaz pacientčiny operační rány, která se hojila per primam. Hybnost a citlivost prstů operované končetiny po operaci byly bez omezení. Prokrvení bylo dobré. Bolest byla tlumena každý pooperační den a analgetika působila s pozitivním efektem. Na operované rameno byl přikládán ledový obklad. V rámci sebeděče bylo potřeba dopomoci pacientce v hygienické péči, při stravování a oblékání. Periferní žilní katétr, který byl pacientce zaveden, byl po celou dobu jeho zavedení bez známek flebitidy. Jelikož se jednalo o redres ramene, rehabilitační péče s fyzioterapeutem začala již první den po artroskopii. Po propuštění docházela pacientka na rehabilitaci ambulantně, a to nejprve s aktivní abdukcí z ortézy a poté již plně. Operační výkon i pooperační péče proběhaly bez komplikací. Pacientka byla indikovaná k dalšímu artroskopickému výkonu ramene z důvodu dalších zjištěných nálezů.

## 4 Diskuze

Cílem práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů po artroskopii ramene s různým typem pooperačních fixací horní končetiny. V této části bakalářské práce jsou vyhodnoceny tři stanovené průzkumné otázky a jednotlivé výsledky průzkumu jsou porovnány s jedním článkem, se zdravotnickou statistikou a se dvěma bakalářskými pracemi.

Článek je z roku 2013 a byl napsaný autorkou Marcelou Boušovou, publikovaný byl v časopisu Sestra. Tento článek zprvu popisuje obecné informace o artroskopii. Následně se zabývá indikacemi k artroskopickému ušetření kolenního a ramenního kloubu. Boušová zde poté zmiňuje předoperační přípravu a pooperační péči.

Pro porovnání dat byla vybrána také zdravotnická statistika zpracovaná Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále jen ÚZIS). Konkrétně se jednalo o publikaci Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2018.

První bakalářská práce je od autorky Petry Jelínkové z roku 2016, která se nazývala Ošetrovatelská péče o klienta po artroskopii ramenního kloubu. Její průzkumný soubor obsahoval pět ortopedických sester a pět pacientů po artroskopii ramene. Metodikou byl polostrukturovaný rozhovor. Otázky pro sestry se týkaly péče o pacienty, kteří byli indikováni k artroskopii ramene a otázky pro pacienty se zaměřovaly na jejich pohled na informovanost, polohu končetiny po artroskopii, na jejich soběstačnost a omezení po operaci, rehabilitaci a negativní faktory s artroskopií spojené.

Druhá bakalářská práce na téma Artroskopická operace ramene z pohledu sestry a pacienta byla napsaná autorkou Nikol Černou v roce 2018. Do průzkumného souboru bylo zařazeno pět ortopedických sester a pět pacientů po artroskopii ramene. Metodika byla zaměřena na polostrukturovaný rozhovor. Sestry odpovídaly na otázky týkající se péče o tyto pacienty. Otázky pro pacienty byly zaměřeny na jejich úrazy před indikací k artroskopii, informovanost, péči o ně, na jejich soběstačnost po operaci a spokojenost s personálem a nemocnicí.

### **Průzkumná otázka č. 1: Jaká je četnost artroskopií ramene za rok 2019 a 2020?**

Tato průzkumná otázka se zabývala četností indikovaných pacientů k artroskopické operaci ramenního kloubu. Tato četnost byla zaměřena na pacienty z nemocnice krajského typu s časovým ohraničením dvou let, které zahrnovalo rok 2019 a 2020. Data byla porovnána se statistickými údaji z ÚZIS České republiky.

Z výsledků průzkumného šetření metodou, ve které byla zjišťována a analyzována demografická data, bylo zjištěno, že v roce 2019 bylo k artroskopii indikováno 72 pacientů s pooperační fixací horní končetiny. Z tohoto celkového počtu bylo operováno 39 mužů (54,17 %) a 33 žen (45,83 %). V roce 2020 byly počty pacientů nižší. Ze zjištěných informací vyplynulo, že v tomto roce podstoupilo artroskopii ramene 28 pacientů s pooperační fixací. Tento soubor obsahoval 11 mužů (39,29 %) a 17 žen (60,71 %). Uvedené hodnoty jsou srovnatelné s nejaktuálnějšími daty zpracovanými ÚZIS. Z nich vyplývá, že za rok 2018 bylo hospitalizováno 5 915 pacientů, kteří měli poškozené rameno. Průměrný věk těchto pacientů byl 39 let, což je méně, než bylo zjištěno průzkumem této práce, jenž byl zaměřený na jednu nemocnici krajského typu. V tomto průzkumu bylo totiž zjištěno, že průměrný věk pacientů za rok 2019 byl 46 let a v roce 2020 to bylo 49 let (ÚZIS, 2018, s. 60).

## **Průzkumná otázka č. 2: Jak probíhá ošetrovatelská péče o pacienty po artroskopii ramene?**

Cílem této průzkumné otázky bylo zjistit, jaká specifika ošetrovatelské péče se vyskytují u pacientů po artroskopii ramene, kterým byl pooperačně přiložen jeden z typů fixace horní končetiny. Tato data byla zjištěna pomocí sestavených retrospektivních kazuistik pacientů, které byly chronologicky sestaveny podle různých období péče. Zjištěné informace byly porovnány s bakalářskou prací Jelínkové (2016) a Černé (2018) a následně s článkem Boušové (2013) z periodika časopisu Sestra.

Průzkumnými metodami bylo zjištěno, že pacienti byli po operaci observováni po určitou dobu na dospávací jednotce. Černá (2018) uvádí ve své bakalářské práci zjištění, že na tomto oddělení jsou pacienti po dobu přibližně dvou hodin nebo do stabilizace fyziologických funkcí, ale zároveň tímto oddělením nemusí projít každý pacient. Mezi obecné aspekty časně pooperační ošetrovatelské péče o pacienty po artroskopii ramene s pooperační fixací na dospávací jednotce patřila monitorace fyziologických funkcí a celkového stavu po stanovenou dobu, pooperační sledování přítomnosti nauzey či zvracení, zjišťování a hodnocení bolesti. Jelínková (2016) zjistila, že pro pacienty je bolest jeden z hlavních negativních faktorů spojených s artroskopii ramene. Kontrola průsaku krytí operační rány a močení po operačním výkonu byla také důležitou součástí ošetrovatelské péče. V retrospektivní kazuistice, která popisovala péči o pacientku se šátkovým závěsem, byla zmíněna jí zavedená Redonova drenáž, u které se kontrolovalo množství odpadu. V péči o pacienty, kteří měli diabetes mellitus, bylo důležité kontrolovat také hladinu glykémie v předem určené časy.

Po návratu na standardní oddělení bylo pokračováno v monitoraci celkového stavu pacientů a jejich životních funkcí po dobu stanovenou lékařem. Pokud se na dospávací jednotce pacienti nevymočili, tak se toto i nadále kontrolovalo i na standardním oddělení. Autorky Janíková a Zeleníková (2013, s. 55) mluví o to, že by se měl pacient vymočit do 6–8 hodin od operace, což bylo podle informací ze záznamů v dokumentacích vždy stihnuto v tomto časovém rozmezí. Po dobu hospitalizace pacientů na ortopedickém oddělení byla péče zaměřena i na další aspekty, které zahrnovaly kontrolu prokrvení, hybnosti a citlivosti jejich operované končetiny. Dále sem patřilo také zjišťování, zda byla přiložená fixace horní končetiny pro pacienty vyhovující. Jelínková (2016) uvádí, že diskomfort spojený s fixací horní končetiny a nedostatkem informací o ní je pacienty vnímán negativně. Také byly na jejich operační ránu přikládány ledové obklady. Nezbytná byla také kontrola a hodnocení rizika flebitidy u pacientů, kteří měli zavedený periferní žilní katetr. Byla zjišťována přítomnost bolesti a její případná intenzita a charakter s následnou aplikací analgetik na jejich vyžádání. Dále se po dobu jejich hospitalizace prováděly převazy operační rány a hodnocení jejího hojení. Péče se i nadále týkala i pacientovy Redonovy drenáže, pokud ji měl zavedenou. Průzkumem bylo dále zjištěno, že po redresu ramene dochází po operaci hned k zahájení rehabilitace již na ortopedickém oddělení. V neposlední řadě do ošetrovatelské péče patřilo hodnocení oblastí sebedpěče, které mohly být pro dané pacienty deficitní z důvodu operačního výkonu a přiložené fixace horní končetiny, která omezovala jejich pohyblivost končetinou. Mezi tyto oblasti patřila hygienická péče, stravování, oblékání a pohyb po operačním výkonu. Jelínková (2016) ve svých výsledcích průzkumu uvádí, že omezením pro pacienty byla snížená schopnost sebeobsluhy, která se týkala oblékání a hygieny. Dále všechny sestry z jejího průzkumu uvedly, že je u všech pacientů bezprostředně po operaci určitá míra deficitu sebedpěče s potřebnou dopomocí. Tato zjištění potvrzují zjištěná data v této práci. Podle Janíkové a Zeleníkové (2013, s. 47) by měl být pacient před dimisí schopný alespoň částečné soběstačnosti v oblékání a dalších oblastech všedních činností.

Sebedpěči po artroskopii ramene s pooperační fixací z pohledu pacientů popisuje Černá (2018) ve své práci. Někteří měli problém s vyprazdňováním, stravováním, hygienou a jeden pacient nepocíťoval žádná omezení. V porovnání s daty interpretovanými v této práci je patrné, že každý pacient měl nějakou oblast sebedpěče deficitní, což lehce odporuje výsledkům Černé. Ale výsledky z její práce o tom, že se deficit sebedpěče týká oblasti stravování či hygieny, jsou srovnatelné s výsledky této práce.

Podle Jelínkové (2016) uvedly sestry v rozhovorech, že pooperační péče zahrnuje monitoraci fyziologických funkcí, péči o Redonův drén a operační ránu, monitorování a následné tlumení bolesti, kontrolu prokrvení a periferního cití operované končetiny. Tato data potvrzují informace zjištěné v této bakalářské práci. Dále uvádí, že se ošetrovatelská péče týká zvýšené hygieny v podpažní jamce, vypodložení operovaného ramene či kontroly působení lokálních anestetik po nervovém bloku. Boušová (2013, s. 44–45) uvádí postup v ošetrovatelské péči o pacienta po artroskopii, která podle ní zahrnuje péči o Redonovu drenáž, sledování operační rány, monitorování bolesti a edukaci o klidovém režimu po artroskopii.

### **Průzkumná otázka č. 3: Jaké jsou rozdíly v ošetrovatelské péči o pacienty po artroskopii ramene s respektováním různého typu fixace horní končetiny?**

Tato průzkumná otázka měla za cíl zjistit, jak se liší specifika ošetrovatelské péče o pacienty po artroskopii ramene v případě, kdy jim je pooperačně přiložen šátkový závěs, Desaultova či abdukční ortéza. Data byla zjištěna především pomocí analýzy zdravotnických dokumentací pacientů za rok 2020 a dále z informací získaných zpracováním retrospektivních kazuistik. Data jsou porovnávána s bakalářskou prací Jelínkové (2016) a s článkem Boušové (2013) z periodika časopisu Sestra.

Nejvíce využívanou fixací horní končetiny byl šátkový závěs, který mělo 17 pacientů. Tento údaj je srovnatelný se zjištěním z rozhovorů s pacienty v bakalářské práci Jelínkové (2016), která uvedla šátkový závěs také jako nejčastěji využívanou fixaci horní končetiny. Z rozhovorů se sestrami ale zjistila, že podle nich se horní končetina fixuje šátkovým závěsem nebo Desaultovou ortézou. Toto druhé zjištění, které uvádí i Desaultovou fixaci jako nejčastěji využívanou, odporuje výsledkům této práce, jelikož podle dostupných dat z roku 2020 byla druhou nejčastější fixací abdukční ortéza, která byla přiložena 6 pacientům. Až poté byla Desaultova ortéza, která byla dána 5 pacientům.

V souvislosti s analýzou a zpracováním údajů ze zdravotnických dokumentací bylo zjištěno, že u pacientů s Desaultovou ortézou byla nervová blokáda využita nejčastěji. Z celkového počtu 5 pacientů byla aplikována 4. V nižší míře pak byla použita u pacientů se šátkovým závěsem, a to u 6 pacientů ze 17. Nejméně byla použita u pacientů s abdukční ortézou. Ze 6 pacientů ji měli 2. Nervová blokáda byla nejvíce účinná u pacientů s Desaultovou ortézou, jelikož nehledě na počet dní hospitalizace bylo průměrné využití analgetik 2 u pacientů s blokem. Bez něj bylo průměrné využití léku na bolest 5. U pacientů se šátkovým závěsem byla četnost využití analgetik s blokádou i bez ní na stejné úrovni. Pacienti s nervovou blokádou i bez ní měli



průměrné využití analgetik 4. Naopak u pacientů s abdukční ortézou bylo využití analgetik nižší u pacientů bez nervové blokády, jelikož pacienti s ní měli vyšší potřebu analgetik, která byla v průměru 8. Bez ní bylo průměrné využití bolest tišících léků 6.

Autoři Milano a Grasso (2014, s. 109) mluví o nervové blokáde jako o prostředku, který má pro pacienty benefity ve formě sníženého množství pooperačních analgetik. Tato informace se potvrzuje, ale i odporuje se zjištěnými údaji. Dá se srovnat s daty o pacientech s Desaultovou ortézou, ale u pacientů s abdukční ortézou byl efekt spíše opačný.

Z poskytnutých zdravotnických dokumentací vyplývá, že pooperačně zavedená Redonova drenáž byla nejvíce početná u pacientů s abdukční ortézou. Tu měli zavedenou 3 pacienti ze 6. Na druhém místě byli pacienti se šátkovým závěsem, u kterých byla zavedena 4 pacientům z celkového počtu 17. U 5 pacientů s Desaultovou ortézou nebyla zavedena ani jedna Redonova drenáž.

Podle hodnocení oblastí sebekpěče z ošetrovatelských záznamů ve zdravotnických dokumentacích bylo zjištěno, že u všech 5 pacientů s Desaultovou a 6 pacientů s abdukční ortézou byla uvedena potřeba dopomoci v hygienické péči. U pacientů se šátkovým závěsem bylo potřeba dopomoci v hygienické péči 16 pacientům ze 17. Pohybová aktivita po operaci byla vyhodnocena jako nejvíce deficitní u pacientů s Desaultovou ortézou. Dopomoc byla uvedena u 3 pacientů z 5. Méně to pak bylo u pacientů se šátkovým závěsem, kde bylo potřeba dopomoci 9 pacientům ze 17. Nejméně bylo potřeba dopomoci pacientům s abdukční ortézou, jelikož pomoc potřebovali 2 pacienti z celkových 6. V oblasti stravování bylo nejvíce potřeba dopomoci pacientům s Desaultovou ortézou. To bylo uvedeno u 3 pacientů z 5. Poté to byli pacienti s abdukční ortézou, kde byly záznamy o dopomoci u 2 pacientů ze 6. Nejméně mělo potřebu dopomoci 5 pacientů se šátkovým závěsem z celkového počtu 17. Dopomoc při oblékání byla nejvíce potřebná u pacientů se šátkovým závěsem, jelikož to bylo uvedeno u 6 pacientů ze 17. Menší potřebu pomoci měli pacienti s abdukční ortézou, kde byl záznam u 2 pacientů ze 6. Nejméně to byli pacienti s Desaultovou ortézou. Záznam byl u 1 pacienta z 5.

Podle typu fixace a výkonu pak mají pacienti stanovenou dobu nošení fixace horní končetiny a začátku rehabilitační péče s odborníkem. Pacientka se šátkovým závěsem z retrospektivní kazuistiky měla mít šátkový závěs přiložený po dobu 2 týdnů a následně na to začít s rehabilitací. Na kontrolu se měla dostavit po 7 dnech. Pacient s Desaultovou ortézou se měl na kontrolu dostavit po 7 dnech a fixaci mít přiloženou 5 týdnů. Rehabilitace měla začít po

6 týdnech. Třetí pacientka měla mít přiloženou abdukční ortézu a rehabilitovat začala už na ortopedickém oddělení. Na kontrolu se měla dostavit 5. den po operaci.

Boušová (2013, s. 45) se zde zmiňuje o ambulantní kontrole pacientů, která je přibližně 10. den po artroskopii. Je proveden převaz rány a podle nálezu i extrakce stehů. Kontroly se poté opakují po týdnu až do chvíle, kdy se přestane tvořit výpotek a rána bude klidná. Poté je pacient předán do péče fyzioterapeuta a kontroly jsou přibližně v třítydenních intervalech. Tyto informace o kontrole jsou odlišné od dat zjištěných průzkumem a další informace nebylo možné zjistit, jelikož probíhaly již mimo hospitalizaci.

#### **4.1 Praktický výstup práce**

Praktickým výstupem této práce je vytvořená ošetrovatelská dokumentace (viz příloha C) v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty po artroskopii ramene. Tento vytvořený dokument obsahuje prostor pro zápis informací o diagnóze, operačním výkonu a typu pooperační fixace. Dále je zde na výběr, zda byla použita nervová blokáda, což může mít vliv na četnost využití analgetik, také jaké rameno bylo pacientovi operováno a jaká je jeho dominantní končetina. Toto může mít vliv na jeho soběstačnost. Poté ošetrovatelská dokumentace pokračuje prostorem pro vyplnění data a pooperačního dne. Dále je dokument členěn na určité podoblasti, které zahrnují invazivní vstupy, kam se zapisují údaje o případné Redonově drenáži a o periferním žilním katéttru. Další podoblastí je hodnocení soběstačnosti pacienta, kam patří hygienická péče, vyprazdňování, oblékání, stravování a pohybová aktivita. Nezbytný je zde i prostor pro zápis kontroly predilekčních míst pro vznik dekubitů z důvodu přiložené fixace horní končetiny, také kontrola hybnosti, citlivosti a prokrvení operované končetiny. V neposlední řadě je zde také místo pro údaje o pacientově operační ráně, kdy byl proveden její převaz a dále hodnocení jejího vzhledu. Poslední prostor ošetrovatelské dokumentace je věnován zápisu o bolesti pacienta – její intenzita, charakter, lokalizace, užití analgetik či ledování operační rány. Popsaný dokument může být nadále využit na ortopedickém oddělení pro zápis ošetrovatelské péče o pacienty po artroskopii ramene se záznamy, z nichž by měla být patrná její specifika dle zapsané pacientovy fixace. Vzorově vyplněná vytvořená ošetrovatelská dokumentace se nachází v příloze D.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na specifika ošetrovatelské péče u pacientů po artroskopii ramene s různými typy fixace horní končetiny, které jsou pooperačně pacientům přiloženy. Výběr tématu bakalářské práce byl účelně vybrán jako upozornění na specifičnost a odlišnost ošetrovatelské péče o tyto pacienty. Důležité je uvědomění, že určitý typ fixace může ovlivnit pacientovu soběstačnost a ošetrovatelskou pooperační péči více než jiný typ fixace.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Cílem teoretické části bylo stručně seznámit s vyšetřením ramenního pletence, charakterizovat obecné principy artroskopie s výčtem možných indikací, rehabilitační péčí, fixacemi horní končetiny, a především s ošetrovatelskou péčí o pacienty po artroskopii ramene. Ta je poté členěna na několik podskupin, které se zaměřují na určité podoblasti péče, kam patří soběstačnost pacienta, prevence dekubitů, hygienická péče, stravování, péče o invazivní vstupy, spánek, vnímání bolesti a další.

Průzkumná část pracovala s retrospektivními daty. Prvně byla zpracována demografická data pacientů a poté se tato část zaměřila na konkrétní údaje, které byly zjišťovány ze zdravotnických dokumentací. Následně byly zpracovány tři kazuistiky pacientů s respektováním typu fixace horní končetiny. Na základě zjištěných dat z těchto metod byla vytvořena ošetrovatelská dokumentace.

Průzkumná část přinesla data, která ukazují, že v roce 2019 podstoupilo artroskopii ramene více pacientů, než tomu bylo v roce 2020. Zároveň bylo v roce 2019 operováno více mužů, ale v následujícím roce tomu bylo naopak. Zmapováno bylo využití nervové blokády a analgetik, pooperační zavedení Redonovy drenáže a oblasti sebepéče, kde bylo třeba dopomoci. Po rozdělení pacientů do skupin podle použité fixace horní končetiny, kam patří šátkový závěs, Desaultova a abdukční ortéza, bylo zjištěno, že každý typ použité pooperační fixace jinak ovlivňuje ošetrovatelskou péči o dané pacienty. Z poskytnutých zdravotnických dokumentací pacientů z průzkumného vzorku byly vybrány tři, které současně respektovaly typ používaných pooperačních fixací. Z nich byly následně vytvořeny tři retrospektivní kazuistiky pacientů. První kazuistika popisuje péči o pacientku se šátkovým závěsem. Druhá je pak zaměřena na popis péče o pacienta s Desaultovou ortézou. A poslední, třetí kazuistika, se zabývá péčí o pacientku s abdukční ortézou. Ve vypracovaných retrospektivních kazuistikách jsou popsána specifika ošetrovatelské péče po celou dobu jejich hospitalizace. I zde je patrné, že ošetrovatelská péče se liší na základě použité fixace. I když prostřednictvím průzkumu bylo zjištěno, že ve vybrané nemocnici krajského typu je zavedena daná ošetrovatelská

dokumentace, která umožňuje zápis záznamů ošetřovatelských úkonů, zjištění či pozorování, přesto byla vytvořena ošetřovatelská dokumentace pro záznam péče o pacienty po artroskopii ramene s pooperační fixací horní končetiny, díky níž by všechny záznamy byly na jednom oboustranném dokumentu. Ten pak může být nadále využit v praxi či průzkumu a případně může být doplněn o další náležitosti.

Vytvořená ošetřovatelská dokumentace by měla podpořit komplexnější péči o pacienta po artroskopii ramene s pooperační fixací a mohla by být vhodná i pro začínající sestry na ortopedickém oddělení, aby si uvědomily, na které oblasti péče se mají u těchto pacientů zaměřit. Přínosem do oblasti vzdělávání sester by mohla být odborná literatura, která by se specificky zaměřovala na ošetřovatelskou péči o pacienty po artroskopii ramene v závislosti na pooperační fixaci horní končetiny.

Cíle této práce byly splněny. Demografická data ukázala, jaká byla četnost a věkové rozdělení pacientů za dvouleté období. Obecné aspekty péče o pacienty po artroskopii ramene byly také zjištěny. Pokud jde o specifika péče podle fixací horní končetiny, byla zjištěna určitá část oblasti péče, která poukazuje na její specifčnost u jednotlivých fixací. Další oblasti ošetřovatelské péče by byly lépe zjistitelné na ortopedickém oddělení přímo od pacientů a zdravotnického personálu. Bohužel se situace zkomplikovala, byly pozastaveny artroskopické operace ramene, a tudíž nebyli ani žádní pacienti. Proto byl v této práci využit retrospektivní sběr dat.

## POUŽITÉ ZDROJE

### Knižní zdroje:

BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, 2016. Sestra (Grada). 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

BEZDIČKOVÁ, Marcela a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8.

BOUŠOVÁ, Marcela. Péče o pacienty po artroskopii. *Sestra*. 2013, **23**(2), 43–45. ISSN 1210-0404.

BURDA Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče 2. díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada, 2016. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.

CLARKE, Sonya a Julie SANTY-TOMLINSON. *Orthopaedic and trauma nursing: An evidence-based approach to musculoskeletal care*. Chichester, Velká Británie: Wiley blackwell, 2014. 344 s. ISBN 978-1-118-43885-5.

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada, 2018. 316 s. ISBN 978-80-271-0717-9.

DUNGL, Pavel. *Ortopedie. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.

GALLO, Jiří. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 211 s. ISBN 978-80-244-2486-6.

IMHOFF, Andreas B., Jonathan B. TICKER, Augustus D. MAZZOCCA a Andreas VOSS. *Atlas of Advanced Shoulder Arthroscopy*. Boca Raton, Florida: CRC Press Taylor & Francis Group, 2018. 368 s. ISBN 978-1-4987-8748-2.

JANÍČEK, Pavel. *Ortopedie. 3.*, přepracované vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2012. 112 s. ISBN 978-80-210-5971-9.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

- KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy: 2. ročník, 2. díl*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Zdravotnický asistent (Grada). 260 s. ISBN 978-80-247-5330-0.
- KOLÁŘ, Pavel a Miloš MÁČEK. *Základy klinické rehabilitace*. Praha: Galén, 2015. 168 s. ISBN 978-80-7492-219-0.
- KRŠKA, Zdeněk. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2011. 262 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
- KUDLEJOVÁ, Mária. *Inštrumentovanie – princípy, zásady, techniky a postupy*. Martin, Slovensko: Osveta, 2014. 700 s. ISBN 978-80-8063-423-0.
- LAJTAI, Georg a Gernot AITZETMÜLLER. *Shoulder arthroscopy*. 2. vydání. Tuttlingen, Německo: Endo Press, 2017. 102 s. ISBN 978-3-89756-739-9.
- MILANO, Giuseppe a Andrea GRASSO. *Shoulder Arthroscopy: Principles and Practice*. London, Velká Británie: Springer, 2014. 622 s. ISBN 978-1-4471-5426-6.
- NALOS, Daniel a Dušan MACH. *Periferní nervové blokády: pro klinickou praxi včetně ultrazvukového navádění*. Praha: Grada, 2010. 192 s. ISBN 978-80-247-3280-0.
- PILNÝ, Jaroslav a Roman SLODIČKA. *Chirurgie ruky*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. 504 s. ISBN 978-80-271-0180-1.
- POKRIVČÁK, Tomáš. *Chirurgie*. Praha: Triton, 2014. 282 s. ISBN 978-80-7387-702-6.
- RANDELLI, Pietro, David DEJOUR, C. Niek van DIJK, Matteo DENTI a Romain SEIL. *Arthroscopy: Basic to Advanced*. Berlin, Německo: Springer, 2016. 1152 s. ISBN 978-3-662-49374-8.
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka, Hana ČOUPKOVÁ, Pavel MARCIÁN, Vladislava MARCIÁNOVÁ, Lucie PŘIKRYLOVÁ a Ludmila RÁŽKOVÁ. *Ošetřovatelství v chirurgii I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2019. Sestra (Grada). 276 s. ISBN 978-80-247-2900-8.
- TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 3., nezměněné vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

VESELÝ, Radek. *Perioperační péče o pacienta v traumatologii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 202 s. ISBN 978-80-7013-539-6.

VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2011. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

### **Elektronické zdroje:**

FREEHILL, Michael T., Eric J. HEGEDUS, Anthony P. MARSH, Michael E. MILLER, Anthony C. SANTAGO, Katherine R. SAUL, Christopher J. TUOHY a Meghan E. VIDT. The effects of a rotator cuff tear on activities of daily living in older adults: a kinematic analysis. *NCBI* [online]. 28. 2. 2017 [cit. 2021-04-04]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4779416/>

IZQUIERDO, Rolando. 3 Tips to Help You Sleep Better After (Arthroscopic Shoulder) Surgery. *Ortho Illinois* [online]. 24. 11. 2014 [cit. 2021-04-08]. Dostupné z: <https://www.orthoillinois.com/blog/3-ways-to-help-you-sleep-better-after-arthroscopic-shoulder-surgery/>

KEENER, Jay a William LEVINE. Shoulder Exam. *Orthobullets* [online]. 22. 12. 2020 [cit. 2020-12-29]. Dostupné z: <https://www.orthobullets.com/shoulder-and-elbow/3037/shoulder-exam>

KONAN, Sujith, Warwick RADFORD, Sarkhell RADHA a Kalpesh R VAGHELA. Polysling skin pressure necrosis—a complication of shoulder immobilisation. *US National Library of Medicine, National Institutes of Health* [online]. 19.07.2012 [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4544856/>

MARTETSCHLÄGER, Frank a Mark TAUBER. Omarthrose – Pathogenese, Klassifikation, Diagnostik und Therapie. *Springer Link* [online]. 20.08.2019 [cit. 2020-12-25]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00132-019-03792-9>

RYBA, Luděk. BOLESTI A LÉČENÍ RAMENNÍHO KLOUBU. *Mluvme o kloubech* [online]. 02.12.2016 [cit. 2021-4-14]. Dostupné z: <https://mluvmeokloubech.cz/2016/12/bolesti-a-leceni-ramenniho-klobu/>

SEKHAR, Chandra. How to Sleep Comfortably After Shoulder Surgery. *Hyderabad Shoulder Clinic* [online]. 29.05.2020 [cit. 2021-04-08]. Dostupné z: <https://www.hyderabadshoulderclinic.com/how-to-sleep-comfortably-after-shoulder-surgery/>

TERRY, Christa. How to Become an Orthopedic Nurse – A Great Career, Make No Bones About It. *Noodle* [online]. 07.01.2020 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: <https://www.noodle.com/articles/how-to-become-an-orthopedic-nurse-a-great-career-make-no-bones-about-it>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS). *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2018* [online]. 2019 [cit. 2021-6-13]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008313/hospit2018.pdf>

VILÍMOVSKÝ, Michal. Artroskopie ramene: princip, indikace a rehabilitace. *Medlicker* [online]. 16.11.2012 [cit. 2021-01-10]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/16-artroskopie-ramene-princip-indikace-a-rehabilitace>

WOODSON, Christopher. Post-operative instructions: shoulder arthroscopy. *Beachorthopedics* [online]. 29.10.2018 [cit. 2021-02-19]. Dostupné z: <https://beachorthopedics.com/wp-content/uploads/2019/02/Woodson-Shoulder-Arthroscopy-post-op-instructions.pdf>

### **Bakalářské práce (pro diskuzi):**

ČERNÁ, Nikol. *Artroskopická operace ramene z pohledu sestry a pacienta*. České Budějovice, 2018. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence.

JELÍNKOVÁ, Petra. *Ošetřovatelská péče o klienta po artroskopii ramenního kloubu*. České Budějovice, 2016. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence.



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A Vzor záznamového archu pro kazuistiky .....	65
Příloha B Vzor záznamového archu pacientů 2020 .....	68
Příloha C Vzor ošetrovatelské dokumentace pro záznam péče .....	70
Příloha D Vzorové vyplnění ošetrovatelské dokumentace pro záznam péče .....	72

**Příloha A Vzor záznamového archu pro kazuistiky (zdroj: autorka)**

**Tabulka 8 Záznamový arch pro kazuistiky (vzor)**

<p><u>KAZUISTIKA č.</u></p> <p><b>Typ fixace horní končetiny:</b></p> <p><b>Věk pacienta v době příjmu:</b></p> <p><b>Důvod indikace k ASK ramene:</b></p> <p><b>Operovaná končetina:</b></p> <p><b>Dominantní končetina:</b></p>
<p><b>ANAMNESTICKÉ ÚDAJE (zdroj: )</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Osobní anamnéza:</li> <li>▪ Alergická anamnéza</li> <li>▪ Farmakologická anamnéza:</li> <li>▪ Pracovní anamnéza:</li> <li>▪ Toxikologická anamnéza:</li></ul>
<p><b>FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PŘI PŘÍJMU PACIENTA (zdroj: )</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Stav vědomí:</li><li>▪ Psychický stav:</li><li>▪ Dýchání:</li></ul>

- Soběstačnost:
- Poruchy sluchu:
- Poruchy zraku:
- Poruchy řeči:
- Umělý chrup:
- Sliznice:
- Tekutiny:
- Stav kůže:
- Problémy s močením:
- Problémy se stolicí:
- Spánek:
- Sociální podmínky:

**FYZIOLOGICKÉ FUNKCE PŘI PŘÍJMU (zdroj: )**

- Krevní tlak:
- Pulz:
- Saturace kyslíku:
- Tělesná teplota:

**ŠKÁLOVÉ A TESTOVÉ HODNOCENÍ PŘI PŘÍJMU (zdroj: )**

- Riziko dekubitů podle Nortonové:
- Hodnocení základních všedních činností podle Barthelové:
- Vizuální analogová škála:

**DIABETICKÁ PŘÍPRAVA (POKUD JE POTŘEBA)**

Příjem pacienta:

Diabetická příprava:

**..... DEN HOSPITALIZACE/.....POOPERAČNÍ DEN (zdroj: )**

Příjem pacienta:

Operační výkon:

Dospávací jednotka:

Standardní oddělení:

.....DEN HOSPITALIZACE/.....POOPERAČNÍ DEN (zdroj: )

.....DEN HOSPITALIZACE/.....POOPERAČNÍ DEN (zdroj: )

**Příloha B Vzor záznamového archu pacientů 2020 (zdroj: autorka)**

**Tabulka 9 Šátkový závěs 2020 (vzor)**

<b>Typ fixace</b>	<b>Pacient</b>	<b>Nervová blokáda</b>	<b>Četnost použití analgetik</b>	<b>RD</b>	<b>Oblasti deficitu sebeděče</b>
<b>ŠÁTKOVÝ ZÁVĚS</b>	<b>1</b>				
	<b>2</b>				
	<b>3</b>				
	<b>4</b>				
	<b>5</b>				
	<b>6</b>				
	<b>7</b>				
	<b>8</b>				
	<b>9</b>				
	<b>10</b>				
	<b>11</b>				
	<b>12</b>				
	<b>13</b>				
	<b>14</b>				
	<b>15</b>				
	<b>16</b>				
	<b>17</b>				

**Tabulka 10 Desaultova ortéza 2020 (vzor)**

Typ fixace	Pacient	Nervová blokáda	Četnost použití analgetik	RD	Oblasti deficitu sebepěče
<b>DESAULTOVA ORTÉZA</b>	1				
	2				
	3				
	4				
	5				

**Tabulka 11 Abdukční ortéza 2020 (vzor)**

Typ fixace	Pacient	Nervová blokáda	Četnost použití analgetik	RD	Oblasti deficitu sebepěče
<b>ABDUKČNÍ ORTÉZA</b>	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				

**Příloha C Vzor ošetrovatelské dokumentace pro záznam péče (zdroj: autorka)**

	Diagnostika: Operační výkon: Typ fixace: Nervová blokáda: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Operovaná končetina: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P Dominantní končetina: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P									
	Štítek pacienta									
	Oddělení:									
	Datum	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Pooperační den	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Směna	D	N	D	N	D	N	D	N	N
	RD (den)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Odpad (čas, množství)									
	PZK (den)									
	Riziko flebitidy									
	<b>Invazivní vstupy</b>									
	Hygiena									
	Vypražování									
	Oblékání									
	Stravování									
	Pohybová aktivita									
	N = dopomoc není potřeba    Č = částečná dopomoc    C = celková péče									
	<b>Soběstačnost pacienta</b>									
	Hygiena									
	Vypražování									
	Oblékání									
	Stravování									
	Pohybová aktivita									
	<b>Kontrola</b>									
	Předlékání místa dekubitů									
	Hýbnost končetiny									
	Citlivost končetiny									
	Prokrvení končetiny									
	+ = v pořádku, bez omezení    - = není v pořádku, s omezením									
	<b>Operační rána</b>									
	Převaz									
	Průsak krytí									
	Sekrece									
	Zápach									
	Klidičá (K)/zarudlá (Z)									
	+= ano    - = ne									

**Obrázek 5 Ošetrovatelská dokumentace pro záznam péče (vzor) – část 1**

Bolest																													
Datum:	/																												
Čas	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6					
Intenzita																													
Charakter																													
Led (L)/ analgetika (A)																													
Datum:	/																												
Čas	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6					
Intenzita																													
Charakter																													
Led (L)/ analgetika (A)																													
Datum:	/																												
Čas	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6					
Intenzita																													
Charakter																													
Led (L)/ analgetika (A)																													
Datum:	/																												
Čas	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6					
Intenzita																													
Charakter																													
Led (L)/ analgetika (A)																													

B = boďavá
O = ostrá
P = pálivá
R = rezavá
T = tupá
V = vystřelující
J = jiná
N = neurčitá

Lokalizace:

Ošetrovatelská dokumentace vznikla v rámci bakalářské práce Speciřka ošetrovatelské pēče o pacienty po artroskopii ramene s rŕzným typem fixace horní končetiny  
 Autor: Karolína Fleková  
 Vedoucí práce: PhDr. Iva Marková  
 Rok: 2021



Obrázek 6 Ošetrovatelská dokumentace pro záznam pēče (vzor) – část 2



**Příloha D Vzorové vyplnění ošetrovatelské dokumentace pro záznam péče (zdroj: autorka)**

Štítek pacienta	Diagnóza: <u>MNINGEMENT SYNDROM</u> Operační výkon: <u>ASK SUBAKROTIÁLNÍ DEKOMPRESE</u> Typ fixace: <u>ŠÁTKOVÝ ZÁVĚS</u> Nervová blokáda: <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Operovaná končetina: <input type="checkbox"/> L <input checked="" type="checkbox"/> P Dominantní končetina: <input type="checkbox"/> L <input checked="" type="checkbox"/> P	Oddělení:																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Datum</td> <td style="width: 10%;">10.3. - 11.3.</td> <td style="width: 10%;">11.3. - 12.3.</td> <td style="width: 10%;">12.3. -</td> <td style="width: 10%;">-</td> <td style="width: 10%;">-</td> <td style="width: 10%;">-</td> <td style="width: 10%;">-</td> <td style="width: 10%;">-</td> <td style="width: 10%;">-</td> </tr> <tr> <td>Pooperační den</td> <td>0 - 1</td> <td>1 - 2</td> <td>2 -</td> <td>D</td> <td>N</td> <td>D</td> <td>N</td> <td>D</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>Směna</td> <td>D</td> <td>N</td> <td>D</td> <td>N</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>RD (den)</td> <td>1</td> <td>1 - 2</td> <td>2 EX</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Odpad (čas, množství)</td> <td>1<sup>30</sup> 60ml</td> <td>6<sup>00</sup> 80ml</td> <td>9<sup>00</sup> 80ml</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>PŽK (den)</td> <td>1</td> <td>1 - 2</td> <td>2</td> <td>2 - 3</td> <td>3</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Riziko flebitidy</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table>			Datum	10.3. - 11.3.	11.3. - 12.3.	12.3. -	-	-	-	-	-	-	Pooperační den	0 - 1	1 - 2	2 -	D	N	D	N	D	N	Směna	D	N	D	N	-	-	-	-	N	RD (den)	1	1 - 2	2 EX	-	-	-	-	-	-	Odpad (čas, množství)	1 <sup>30</sup> 60ml	6 <sup>00</sup> 80ml	9 <sup>00</sup> 80ml	-	-	-	-	-	-	PŽK (den)	1	1 - 2	2	2 - 3	3	-	-	-	-	Riziko flebitidy	0	0	0	0	0	-	-	-	-
Datum	10.3. - 11.3.	11.3. - 12.3.	12.3. -	-	-	-	-	-	-																																																															
Pooperační den	0 - 1	1 - 2	2 -	D	N	D	N	D	N																																																															
Směna	D	N	D	N	-	-	-	-	N																																																															
RD (den)	1	1 - 2	2 EX	-	-	-	-	-	-																																																															
Odpad (čas, množství)	1 <sup>30</sup> 60ml	6 <sup>00</sup> 80ml	9 <sup>00</sup> 80ml	-	-	-	-	-	-																																																															
PŽK (den)	1	1 - 2	2	2 - 3	3	-	-	-	-																																																															
Riziko flebitidy	0	0	0	0	0	-	-	-	-																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Hygiena</td> <td style="width: 10%;">C</td> <td style="width: 10%;">C</td> <td style="width: 10%;">C</td> <td style="width: 10%;">C</td> <td style="width: 10%;">C</td> <td style="width: 10%;">C</td> <td style="width: 10%;">C</td> <td style="width: 10%;">C</td> <td style="width: 10%;">C</td> </tr> <tr> <td>Vyprazdňování</td> <td>C</td> <td>N</td> <td>C</td> <td>N</td> <td>C</td> <td>N</td> <td>C</td> <td>N</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Obléčání</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Stravování</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Pohybová aktivita</td> <td>C</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>N</td> <td>N</td> </tr> </table> <p>N = dopomoc není potřeba    Č = částečná dopomoc    C = celková péče</p>			Hygiena	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Vyprazdňování	C	N	C	N	C	N	C	N	C	Obléčání	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Stravování	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Pohybová aktivita	C	N	N	N	N	N	N	N	N																				
Hygiena	C	C	C	C	C	C	C	C	C																																																															
Vyprazdňování	C	N	C	N	C	N	C	N	C																																																															
Obléčání	C	C	C	C	C	C	C	C	C																																																															
Stravování	C	C	C	C	C	C	C	C	C																																																															
Pohybová aktivita	C	N	N	N	N	N	N	N	N																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">Kontrola</td> <td style="width: 10%;">+</td> <td style="width: 10%;">+</td> <td style="width: 10%;">+</td> <td style="width: 10%;">+</td> <td style="width: 10%;">+</td> <td style="width: 10%;">+</td> <td style="width: 10%;">+</td> <td style="width: 10%;">+</td> <td style="width: 10%;">+</td> </tr> <tr> <td>Předlékání místa dekubitů</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Hybnost končetiny</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Citlivost končetiny</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Prokrvení končetiny</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> </table> <p>+ = v pořádku, bez omezení    - = není v pořádku, s omezením</p>			Kontrola	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Předlékání místa dekubitů	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Hybnost končetiny	-	+	+	+	+	+	+	+	+	Citlivost končetiny	-	-	+	+	+	+	+	+	+	Prokrvení končetiny	+	+	+	+	+	+	+	+	+																				
Kontrola	+	+	+	+	+	+	+	+	+																																																															
Předlékání místa dekubitů	+	+	+	+	+	+	+	+	+																																																															
Hybnost končetiny	-	+	+	+	+	+	+	+	+																																																															
Citlivost končetiny	-	-	+	+	+	+	+	+	+																																																															
Prokrvení končetiny	+	+	+	+	+	+	+	+	+																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">Operační rána</td> <td style="width: 10%;">-</td> <td style="width: 10%;">-</td> <td style="width: 10%;">+</td> <td style="width: 10%;">-</td> <td style="width: 10%;">+</td> <td style="width: 10%;">+</td> <td style="width: 10%;">+</td> <td style="width: 10%;">+</td> <td style="width: 10%;">+</td> </tr> <tr> <td>Převaz</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>Průsák krytí</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Sekrece</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Zápach</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Klidičá (K)/zarudlá (Z)</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>✓</td> <td>-</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> </table> <p>+ = ano    - = ne</p>			Operační rána	-	-	+	-	+	+	+	+	+	Převaz	-	-	+	-	+	+	+	+	+	Průsák krytí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Sekrece	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Zápach	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Klidičá (K)/zarudlá (Z)	-	-	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓										
Operační rána	-	-	+	-	+	+	+	+	+																																																															
Převaz	-	-	+	-	+	+	+	+	+																																																															
Průsák krytí	-	-	-	-	-	-	-	-	-																																																															
Sekrece	-	-	-	-	-	-	-	-	-																																																															
Zápach	-	-	-	-	-	-	-	-	-																																																															
Klidičá (K)/zarudlá (Z)	-	-	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓																																																															

**Obrázek 7 Ošetrovatelská dokumentace pro záznam péče (vzorové vyplnění) – část 1**

<b>Datum:</b>	10.3. / 11.3.																											
<b>Čas</b>	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6				
<b>Intenzita</b>								0							1													
<b>Charakter</b>								/							B													
<b>Led (L)/ analgetika (A)</b>								/							L													
<b>Datum:</b>	11.3. / 12.3.																											
<b>Čas</b>	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6				
<b>Intenzita</b>		2	0					1							3	0												
<b>Charakter</b>		T	/					T							T	/												
<b>Led (L)/ analgetika (A)</b>		L/A	/					L							L/A	/												
<b>Datum:</b>	12.3. /																											
<b>Čas</b>	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6				
<b>Intenzita</b>																												
<b>Charakter</b>																												
<b>Led (L)/ analgetika (A)</b>																												
<b>Datum:</b>	/																											
<b>Čas</b>	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6				
<b>Intenzita</b>																												
<b>Charakter</b>																												
<b>Led (L)/ analgetika (A)</b>																												

<b>B</b> = bodavá
<b>O</b> = ostrá
<b>P</b> = pálivá
<b>R</b> = řezavá
<b>T</b> = tupá
<b>V</b> = vystřelující
<b>J</b> = jiná
<b>N</b> = neurčitá

**Lokalizace:**  
 PRÁVĚ RAMENO

Ošetrovatelská dokumentace vznikla v rámci bakalářské práce Specifika ošetrovatelské péče o pacienty po artroskopii ramene s různým typem fixace horní končetiny  
 Autor: Karolína Fleková  
 Vedoucí práce: PhDr. Iva Marková  
 Rok: 2021



Univerzita  
 Pedagogická  
 Fakulta  
 zdravotnických studií

Obrázek 8 Ošetrovatelská dokumentace pro záznam péče (vzorové vyplnění) – část 2