

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Helena Smejkalová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Předoperační a pooperační péče u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu

Helena Smejkalová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Helena Smejkalová**
Osobní číslo: **Z13026**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Předoperační a pooperační péče u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

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

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

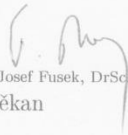
Seznam odborné literatury:

1. DUNGL, Pavel. Ortopedie. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 1168 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
2. GALLO, Jiří. Ortopedie: pro studenty lékařských a zdravotnických fakult. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 210 s. ISBN 978-80-244-2486-6.
3. KRŠKA, Zdeněk. Techniky a technologie v chirurgických oborech. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 262 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
4. NOVOTNÁ, Jana. Péče o pacienta před TEP a po TEP kyčelního kloubu. Sestra. 2013, roč. 23, č. 10, 68 s. ISSN 1210-0404.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetřovatelství v chirurgii II. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 300 s. ISBN 978-80-247-3130-8.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marie Holubová, Ph.D.
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 7. září 2016

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. září 2016

Prohlášení autora

Prohláším, že jsem tuto práci 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., autorský zákon, zejména se skuteností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako 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 a dle jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezentováním a zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 19. 7. 2017

Helena Smejkalová

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych tímto poděkovat své vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Marii Holubové, Ph.D., za pomoc, milý přístup, užitečné rady a za trpělivost při vypracovávání mé práce. Dále děkuji hlavní sestře soukromé nemocnice, ve které jsem výzkum prováděla, staniční sestře a celému personálu ortopedického oddělení, kteří mi byli po celou dobu výzkumu nápomocni. V neposlední řadě chci poděkovat své rodině a přátelům, kteří mi celou dobu podporovali.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá předoperační a pooperační péčí o pacienta s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části je popsána anatomie kyčelního kloubu, dále pak nejčastěji onemocnění kyčelního kloubu, které vedou k operaci. S tím jsou zmíněny i kontraindikace k operaci. Nadále je zde popsáno, jaké se používají druhy endoprotéz a jaké mohou být komplikace při operaci. Poměrně velká část je věnována předoperační a pooperační péči před a po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Poslední kapitola je zaměřena na rehabilitaci.

Praktická část byla prováděna v soukromé nemocnici. V této části jsou vypracované tři zdravotnické procesy a na které statistické údaje. Jako výstup pro praxi slouží vytvořená zdravotnická mapa péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kyčelní kloub, totální endoprotéza, coxartróza, předoperační, pooperační péče, rehabilitace

TITLE

Preoperative and postoperative care for patients with total hip replacement

ANNOTATION

This bachelor thesis is aimed to preoperative and postoperative care of patients with total hip replacement. It is divided into theoretical and research part.

Theoretical part describes the anatomy of the hip joint and the most common diseases of the hip joints that leads to surgery. Therefore I also mentioned contraindications that leads to surgery. This continues with the description of the own operation and what kind of replacements are used and also what complications during surgery can occur. Relatively large part deals with preoperative and postoperative care, before and after total hip arthroplasty. The last chapter is focused on rehabilitation, which is important for better self-sufficiency of the patients. The research part was done in St. Zdislavý Mosti-t . There is a case report from research with patient with infected total hip arthroplasty and description of the process of hospitalization. Here are some statistics developed limb.

At the end of the thesis is educative material, which is aimed on exercise for patients who are already at home after surgery.

KEYWORDS

Hip joint , total replacement , coxarthrosis , preoperative , postoperative care, rehabilitation

OBSAH

Úvod	13
1 Anatomie ky elního kloubu	15
1.1 Ky elní kloub.....	15
1.2 Kost stehenní (femur).....	15
2 Druhy TEP ky elního kloubU.....	16
2.1 Cementované modely	16
2.2 Necementované modely	16
2.3 Hybridní endoprotéza.....	17
3 Indikace k operaci.....	17
3.1 Coxartróza.....	17
4 Kontraindikace operaci.....	18
5 P edopera ní p íprava.....	19
5.1 Dlouhodobá p edopera ní p íprava.....	19
5.2 Krátkodobá p edopera ní p íprava.....	20
5.3 Bezprost ední p edopera ní p íprava	22
6 Poopera ní pé e.....	23
1. poopera ní den	24
2. poopera ní den	25
3. poopera ní den	26
4. poopera ní den	26
5. poopera ní den	27
6. ó 12. poopera ní den.....	27
7 Rehabilitace.....	28
7.1 P edopera ní rehabilitace	29
7.2 Poopera ní rehabilitace	29
7.3 Doporu ení	30

8	Komplikace	30
8.1	Poopera ní komplikace	31
8.2	Pozdní poopera ní komplikace	31
9	O-et ovatelský proces	32
10	Mapa pé e	32
11	Metodika	34
12	Statistické údaje.....	36
13	Kazuistika . 1	39
14	Kazuistika . 2.....	57
15	Kazuistika . 3.....	77
16	Diskuze:	98
17	Záv r.....	103
18	Použitá literatura.....	105
19	P ílohy.....	109
20	Mapa pé e	116

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 - Graf počtu implantovaných TEP ky le u mufl a flen od roku 2012 do roku 2016.....	36
Obrázek 2 - Graf počtu cementovaných a necementovaných endoprotéz od roku 2012 do 2016.....	37
Obrázek 3 - Graf počtu revizních operací v letech 2012 do 2016.....	38
Obrázek 4- MFS	110
Obrázek 5 - Bathel v test základních v-edních -inností.....	111
Obrázek 6 - Roz-í ená stupnice dekubit -dle Nortonové	112
Tabulka 1 - Základní vy-et ení a pozorování sestrou u prvního pacienta.....	40
Tabulka 2 - Krevní hodnoty u prvního pacienta	41
Tabulka 3 - Pr -b h hospitalizace u prvního pacienta.....	43
Tabulka 4 - O-et ovatelské diagnózy u prvního pacienta.....	49
Tabulka 5 - Základní vy-et ení a pozorování sestrou u druhého pacienta	58
Tabulka 6 - Krevní hodnoty u druhého pacienta.....	59
Tabulka 7 - Pr -b h hospitalizace u druhého pacienta.....	62
Tabulka 8 - O-et ovatelské diagnózy u druhého pacienta.....	68
Tabulka 9 - Základní vy-et ení a pozorování sestrou u t etího pacienta.....	78
Tabulka 10 - Krevní hodnoty u t etího pacienta	79
Tabulka 11 - Pr -b h hospitalizace u t etího pacienta.....	82
Tabulka 12 - O-et ovatelské diagnózy u t etího pacienta.....	88

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ATB	Antibiotika
atd.	A tak dále
BMI	Body mass index
CRP	C-ó reaktivní protein
CT	Poítačová tomografie
DK	Dolní končetina
FB	Francouzská berle
FW	Sedimentace
i.m.	Intramuskulárně
i.v.	Intravenózně
INR	Mezinárodní normalizovaný poměr
JIP	Jednotka intenzivní péče
KO	Krevní obraz
LTV	Léčebná tělesná výchova
m.	Morbus
p.o.	Per os
PL	Plasmalyte
PMK	Permanentní močový katetr
PfíK	Permanentní filní katetr
RF	Ringerův roztok
RTG	Rentgen
s.c.	Subkutánně
Supp.	Suppositoria
TEN	Tromboembolická nemoc
TEP	Totální endoprotéza kyčelního kloubu
Tzv.	Takzvaně
VAS	Vizuální analogová škála

ÚVOD

Nejastjím onemocněním, kvůli kterému pacienti podstupují implantaci kyčelního kloubu, je coxarthróza. Coxarthróza se málokdy vyskytuje u mladších pacientů. Ve stáří se však stává chronickým onemocněním. U starších osob nad 65 let je postihena nadpoloviční v třetina populace. Nejvyšší incidence (85 %) této nemoci je u osob nad 75 let. Ženy trpí tímto onemocněním dvakrát častěji než muži (Dungl, 2013, s. 15). Coxarthróza způsobuje pacientům bolesti kyčle po většinu dní, vede tudíž ke snížení pracovního výkonu a nakonec ke snížení soběstačnosti. Pro pacienta má tedy společné důsledky. Při konzervativní terapii se lékař zaměřuje na tlumení bolesti, udržení funkce kloubu a zpomalení progresu onemocnění. Onemocnění většinou přechází i přesto do těžších stádií, kdy je nevyhnutelné operativní řešení, kterým je implantace totální endoprotézy (Gallo, 2014, s. 14).

Podle aktuálních údajů z ÚZIS vzrůstá počet implantací kloubu, s tím i výroba protéz DK každým rokem o několik málo procent (Vavřík, 2014, s. 18). Totální endoprotéza je doménou ortopedických oddělení. Jedná se o velký výkon, který zahrnuje výměnu celého kyčelního kloubu s jamky i hlavice, proto je nutné, aby byl pacient dobře připraven jak po stránce fyzické, tak i psychické (Novotná, 2013, s. 52). Po operaci je důležitá včasná rehabilitace. Pacienti jsou vedeni pod zkušeným dohledem fyzioterapeutek. Po několika dnech postupné vertikalizace a naučení chůze o berlích jsou odesláni do domácího ošetření nebo na pooperační rehabilitaci (Dungl, 2013, s. 89). S tímto souvisí povinnost nákupu ortopedické obuvi, francouzských holí, elastických punoček, pomůcek do domácího prostředí. Pro pacienta přichází s operací mimo jiné i záležitě ekonomická.

Důležitostí se přikládá pooperačnímu zotavení pacienta. Pacient se potýká s velkou bolestivostí a v prvních dnech je téměř odkázán na lůžko, je soběstačný, proto je u něj důležitá důkladná ošetřovatelská péče a psychická podpora. Pacient musí být trpělivý, učet se soběstačnosti a chůzi. Musí být co nejdříve vertikalizován. Personál by jej měl k pohybu pobízet. Všeobecná sestra si vytvoří ošetřovatelský plán, podle kterého se řídí a přizpůsobí se individualitám pacientů. Při realizaci péče může všeobecné sestře pomoci mapa péče, která shrnuje náležitosti ošetřovatelské péče nebo rehabilitace. Cílem práce je tedy teoreticky přiblížit problematiku ošetřovatelské péče o pacienty s totální endoprotézou kyčelního kloubu, poukázat na problémy, s kterými se pacienti potýkají a na základě tohoto vytvořit mapu péče, která sestřím pomůže v kvalitnějším péči.

Cíle práce

1. Popsat anatomii kyčelního kloubu, typy TEP, indikace a kontraindikace k implantaci TEP, ošetřovatelskou péči a rehabilitaci u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu.
2. Zjistit odlišnosti v ošetřovatelské péči popisované v literatuře a porovnat s ošetřovatelskou péčí na sledovaném oddělení.
3. Zjistit údaje o počtu cementovaných a necementovaných endoprotéz na sledovaném oddělení.
4. Vypracovat ošetřovatelské procesy u 3 pacientů indikovaných k totální endoprotéze kyčelního kloubu.
5. Zpracovat mapu ošetřovatelské péče pro rehabilitační pracovníky, která se zabývá předoperační i pooperační rehabilitací.

I TEORETICKÁ ÁST

Teoretická ást práce je rozdělena na 9 kapitol. První kapitola je o anatomii ky elního kloubu, v druhé kapitole jsou rozděleny druhy TEP ky elního kloubu. Třetí a čtvrtá kapitola shrnuje indikace a kontraindikace k implantaci totální endoprotézy. Velká část práce je vnována páté kapitole, kde je popsána ošetovatelská péče o pacienta před operací a po operaci. V dalších kapitolách je zmínka o komplikacích po TEP a o rehabilitaci před a po operaci. Poslední kapitoly obsahují informace o ošetovatelském procesu a map péče.

1 ANATOMIE KY ELNÍHO KLOUBU

1.1 Ky elní kloub

Ky elní kloub, *articulatio coxae*, patří do kloubů kulovitých (Příloha A). Je jednoduchý, nebo spojuje pouze dvě kosti. Kloub je označován jako omezený nosný (Čáka, 2009, s. 41). Ky elní kloub se nachází mezi hlavicí kosti stehenní (femur) a jamkou kosti ky elní. Skelet ky elního kloubu je tvořen acetabulem, což je centrální část kosti pánevní a proximálním koncem kosti stehenní, zakoněným hlavicí femuru (Bartonek, 2004, s. 146). Hlavice femuru patří do hluboké jamky. Jamka ky elního kloubu je polokulovitá a je tvořena spojením tří kostí, které se nazývají os ilium (kost ky elní), os ischie (kost sedací) a os pubis (kost stydká). Jamka slouží také k zastavování pohybu ky elního kloubu (Dylevský, 2009, s. 182).

Jamka ky elního kloubu je tvořena poloměsíitou plochou (*fascia lunata*), na které se rozprostírá hyalinní chrupavka (Dylevský, 2009, s. 182). Ky elní kloub má velkou stabilitu, jelikož okraje acetabulu pohyb omezují a femur je do ní hluboce zanořen. Pohyb dolní končetiny je způsoben fibrózním kloubním pouzdrem a mohutným svalstvem. Svaly jsou flexory, extenzory a rotátory. Pohyby ky elního kloubu při vzpřímeném stoji jsou flexe do 120°, extenze do 13°, která je omezená napětím ligamenta iliofemorale. Je umožněna addukce do 10° (přitažení dolní končetiny v ky elním kloubu) a abdukce do 40° (odtažení dolní končetiny v ky elním kloubu). Mezi další pohyby patří rotace, která je vnitřní a zevní (Čáka, 2009, s. 41).

1.2 Kost stehenní (femur)

Kost stehenní je díky své stavbě nejvčetnější a nejsilnější kostí dolní končetiny. Skládá se z proximálního (blíže od trupu) a distálního (vzdálenější od trupu) konce. V proximálním konci rozlišíme 4 části: hlavici kosti stehenní (*caput femoris*), která je ve tvaru koule.

S krkem kosti stehenní (colum femoris) se připojuje k tlu kosti. Tlo kosti stehenní (corpus femoris), je diafýzou kosti a tvoří velký a malý hrbol (trochanter major et minor). Velký chocholík je významný, protože jeho vrchol vypovídá o poloze hlavice. (Bartoniěk, 2004, s. 140, Dylevský, 2009, s. 180).

2 DRUHY TEPKY ELNÍHO KLOUBU

Totální endoprotéza je moderní léčebná metoda, která významně zlepšuje funkci kloubu na 10 let, a více. Přináší úlevu od bolesti, tudíž zlepšuje kvalitu života pacienta (Gallo, 2014, s. 100). TEP ky se skládá ze dvou komponent. Rozdělují se na femorální (dílek, krček, hlavice) a acetabulární (jamka) (Dungl, 2014, s. 760). Principem endoprotézy je tedy nahrazení odstraněných artrotických kloubních povrchů endoprotézou, která je vyrobená z moderních biomateriálů (Gallo a kol., 2014, s. 114). Existuje více druhů endoprotéz ky elního kloubu. Dělíme je podle rozsahu náhrady na endoprotézu cervikokapitální. Skládá se z cementovaného implantátu, jímž je nahrazována pouze proximální část kosti stehenní, tedy krček a hlavice. Jamka ky elní kosti zůstane zachována (Dungl, 2013, s. 44) nebo endoprotézu totální, kdy je nahrazeno již celé acetabulum. Dále rozdělujeme endoprotézy podle fixace ke kosti na cementované, necementované nebo hybridní modely (Křáka a kol., 2011, s. 122 - 123).

2.1 Cementované modely

Kosti jsou fixovány pomocí kostního cementu, který se chemicky nazývá polymethylmetakrylát. Vzniká poměrně silná exotermická ireverzibilní reakce, kdy tuhne po smíchání dvou monomerních složek. Tvoří meziprostor mezi vnitřkem proximální části femuru, jehož dříve ová dutina je předem opracovaná, a vlastním povrchem díku endoprotézy. S dříve ovou dutinou se musí pevně spojit. Cementovaná endoprotéza se skládá z cementovaného díku a cementované jamky (Dungl, 2014, s. 763).

2.2 Necementované modely

U necementovaných modelů je kloubní náhrada vybavena biologicky aktivním materiálem z titanu nebo jeho slitiny a je přímo mechanicky upevněna do kosti bez využití kostního cementu (Gallo a kol., 2014, s. 115). Povrchová struktura endoprotézy musí být podobná struktuře kostních trámů, jelikož dochází k osteointegraci, což je povrchové spojení mezi endoprotézou a povrchem kosti (Dungl, 2014, s. 765). Používá se u mladších pacientů, protože má delší životnost. Po operaci bývá mobilizace pacienta pomalejší, protože se může

objevit v t-í riziko uvoln ní komponent. Je cenov vy-í neř cementovaná endoprotéza (Repko, 2012, s. 121).

2.3 Hybridní endoprotéza

Není tolik známá, ale je stále ast ji pouřívána. Jamka se aplikuje bez cementu a d ík bývá p ípevn n pomocí kostního cementu. Jamka se zhotovuje obvykle z titanu (Gallo a kol., 2014, s. 115)

3 INDIKACE K OPERACI

Nejv t-í p ekářkou pro pacienta je bolest, p í které je snířen řivotní komfort. P í bolestech a destruktivních onemocn ních ky elního kloubu uřl nepomáhá konzervativní lé ba, proto musí nastoupit operace. Mezi nej ast j-í indikaci k operaci adíme coxartrózu, která pat í do degenerativního onemocn ní ky elního kloubu. Dále pak úrazy ky elního kloubu, ke kterým pat í nap . zlomenina kr ku kosti stehenní. Komplikací p í úrazu bývá pouřazová destrukce kloubu nebo pozán tlivé stavy. Pomocí kloubní náhrady ky elního kloubu mohou být dále e-eny vrozené vývojové vady u d tí, nap . dysplazie ky elního kloubu. Dysplazie ky elního kloubu je vrozená vývojová vada, která se vyzna uje morfologickými a funk ními poruchami ky elního kloubu, které souvisí s postupným vývojem ky elního kloubu. U dít te se pak projeví voln j-ím kloubem, subluxací nebo afl luxací kloubu (Gallo a kol., 2014, s. 52). P í zán tlivých onemocn ních (artritida) se téř provádí tato operace. adíme sem i postifení ky le u m. Becht rev, avaskulární nekrózu hlavice kosti stehenní nebo nádorová onemocn ní (Rozkydal, 2012, s. 12 - 13).

3.1 Coxartróza

P í coxartróze probíhá nezán tlivý degenerativní proces, kdy je postífena zejména hyalinní chrupavka, je naru-ena její homeostáza. Dojde ke zm nám i na synoviální membrán , svalech nebo kloubních vazech a kloubním pouzdru (Gallo a kol., 2014, s. 107). P í inou coxartrózy je nepom r mezi odolností kloubu a jeho zatířením. Dojde k zúřlení kloubní -řrbiny, která je následkem áste né ztráty elasticity. Vytvo í se osteofyty na okraji kloubních ploch, coř zp sobí jejich nerovnost (Dungl, 2013, s. 11).

Coxartrózu d líme na primární a sekundární. P í primární coxartróze je charakteristická vrozená mén cennost hyalinní chrupavky. Nejpravd podobn j-í rizikové faktory ke vzniku jsou v k, řenské pohlaví, genetické, imunitní, etnické nebo geografické vlivy. Více se vyskytuje p ípad sekundární coxartrózy, kterou zp sobují nap . stavy po vývojových vadách

v d tství, zán tlivé zm ny kloubu nebo p etíflení kloubu p i nadm rné sportovní zát flí (Rozkydal, 2012, s. 11 - 12). Pr b h nemoci bývá ve v t-in p ípad pozvolný, jen výjime n m fle mít rychlý charakter (Gallo a kol., 2014, s. 107). Klinicky se projeví ztuhlostí kloubu po ránu, bolestí v t ísle kolem velkého trochanteru, klaudika ní bolestí. Bolest se zvy-uje b hem dne s nar stající zát flí kloub , dochází k postupnému omezování rozsahu vnit ní rotace a abdukce ky le, ochabuje gluteální svalstvo, ch ze je kolébavá (Dungl, 2013, s. 11 - 16). Pacient není jifl schopný v kone né fázi obouvání, oblékání i hygieny v oblasti ky lí a DK, snifluje se jeho sob sta nost a kvalita flivota. Je upoután v domácím prost edí, a tím m fle dojít k sociální izolaci.

K vy-et ení se poufívá RTG nebo klinické vy-et ení léka em. P i zachycení asné fáze se provádí artroskopie. P ed vznikem TEP se provád ly korek ní osteotomie, které nebyly tak ú inné, pouze sníflily p íznaky nebo se zlep-ila pohyblivost kloubu. V p ípad , fle není moflná TEP, provádí se artrodéza (Repko, 2012, s. 82). Nejvy—í incidence (85 %) této nemoci je u osob nad 75 let. U star-ích osob nad 65 let je postiflena nadpolovi ní v t-ina populace (Dungl, 2013, s. 11).

4 KONTRAINDIKACE OPERACI

Ke kontraindikacím implantace ky elního kloubu pat í –patný celkový stav pacienta, kdy se prokáfle nezp sobilost z interního hlediska. Dal-í p ekáflkou k operaci TEP bývá zejména kardiopulmonální onemocn ní, infekce urogenitálního traktu, neurogení artropatie. Nep íznivé je i to, fle kostní tká má –patnou kvalitu (Kníflová, 2008, s. 29). Operace se nesmí provád t p i infekci v ky li, kdyfl je p ítomno zán tlivé loflisko na jiném míst v t le nebo p i pokro ilé ateroskleróze. Do relativních kontraindikací m fleme za adit v k nad 80 let, zvý-enou sedimentaci, obezitu, dekompenzovaný diabetes mellitus nebo stav po více etných operacích ky elního kloubu (Rozkydal, 2012, s. 11- 12). TEP je moflné uskute nit i p i v ku nad 80 let nebo p i závafln j-ích onemocn ní, ale o tom, zda bude moflné operaci provést, rozhoduje anesteziolog. V dal-ím p ípad je nutná dobrá interní p íprava, vhodná anestezie a pe livé poopera ní sledování pacienta. Otev ené bércové v edy, hnisavé afekce na k flí, i jiná hnisavá onemocn ní v t le zabra ují provést operaci z dvodu p enosu infekce do kloubu p i implantaci (Dungl, 2013, s. 94).

5 P EDOPERA NÍ P ÍPRAVA

Délka období před operací závisí na předoperační péči a plánování. Totální endoprotéza kyčelního kloubu je v t-ínou plánovaný operační výkon. Tento operační výkon bývá pro pacienta náročný, jak fyzicky, tak psychicky. Dojde k výměně nejvt-ího kloubu vt le s jamkou i hlavicí, proto je potřeba nezanedbávat předoperační přípravu pacienta (Novotná, 2010, s. 52 - 53).

Předoperační péče o pacienta s TEP kyčelního kloubu lze rozdělit na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední.

5.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Pacient je od ortopeda doporučen k operaci. V první řadě dostane pacient informaci od lékaře o tom, jak by měl užít sobě domácí prostředí, ve kterém se bude pohybovat po propuštění z nemocnice (Novotná, 2013, s. 52). Pacient by si měl zajistit madla, vysoký nástavec na toaletu. Pokud nevlastní pacient sprchový kout v koupelně, tak do vany by měl nainstalovat madla a sedák (Knířová, 2008, s. 30). Příhodné je, aby měl pacient lůžko i židli ve správné výšce (Sosna, 2003, s. 23). Pro větší bezpečnost by bylo dobré, aby pacient nezůstal v prvních týdnech doma sám. Blízká osoba má povinnost zajistit odstranění péřek (koberečky, rohožky) a pacient nesmí chodit po kluzké podlaze (Taliánová, 2009, s. 76). Pokud je pacient obézní, měl by se snažit do operace cvičit, aby redukoval svoji hmotnost a také aby posílil svalstvo. I pacienti, kteří nejsou obézní, by měli procvičovat svalstvo, dbát na flivotosprávu a udržovat si fyzickou kondici (Dungl, 2013, s. 94).

Všeobecná setra lékař pacientovi předají další informace, které se týkají toho, jak by měl být pacient vybaven před nástupem na ortopedické oddělení. Musí si zajistit elastické punočky, francouzské berle a vzít si léky, které užívá. Francouzské berle si může objednat i na ortopedické ambulanci. Do dlouhodobé přípravy pacienta patří také instrukce o tom, co pacienta čeká a jaké vyšetření bude muset v nejbližší době podstoupit (Taliánová, 2009, s. 76). Pacient navštíví svého praktického lékaře, který mu zajistí předoperační interní vyšetření, do kterého patří odběr krve, vyšetření základních fyziologických funkcí, fyzikální vyšetření. Je mu měřeno EKG a poté je poslán na RTG srdce a plic. Zároveň interního vyšetření by měl být, třeba pacient je schopný výkonu v celkové anestezii. Pacientovi je odebrána krev. Zejména dleflitý je odběr KO, vyšetření koagulace, jaterní testy, testy na ureu, kreatinin, minerály. U pacienta vyšetříme i krevní skupinu a Rh faktor, FW a zánětlivý marker CRP. Provádí se i screening moče a výtěr z nosu a mandlí. U pacientů, kteří jsou léčení

antikoagulancii, zejména Warfarinem je třeba odebrat krev na INR (Slezáková, 2010, s. 34; Miková, 2006, s. 90). Pacient může být projít specializovaným vyšetřením, které vychází z jeho anamnézy, prohlídka u diabetologa, nefrologa, atd. Poslední upozornění od lékaře je, aby měl pacient zhruba jeden týden před nástupem do nemocnice vysadit například hormonální antikoncepci a jiné další léky. Musí mít u sebe kartu pojišťovny a obanský průkaz, výsledky odběr krve, RTG plic s popisem, kompletní interní vyšetření, nálezy od ortopeda, nálezy od ostatních lékařů (Taliánová, 2009, s. 76).

Lékař pacientovi může doporučit autotransfuzi. Autotransfuze je odebrání a následné podání vlastní krve v pooperačním období. Pacientovi je tedy podána vlastní krev, přičemž se snižuje riziko některých nemocí. Autotransfuzi podstoupí max. 3 týdny před operací, v téžině dvakrát po 14 dnech. Pokud není u pacienta odebrána autotransfuze, objednává se na sál krev v pořadí dle ordinace lékaře. V případě, že se autotransfuze během výkonu nepodaří, vrátí se pacientovi po výkonu buď v den operace na JIP o další den, a to i na standardním oddělení. Podává se dle ordinace lékaře a dle výsledků hodnot KO (Masopust, 2013, s. 13).

5.2 Krátkodobá pooperační příprava

Tato příprava začíná přijmem pacienta na ortopedické oddělení. Lékař provede přijem pacienta, zhlédne, zda pacient předložil všechny pooperační vyšetření, která byla nutná pro provedení operačního výkonu (Novotná, 2013, s. 52). S pacientem sepíše anamnézu a provede klinické vyšetření a stranovou kontrolu. Poté znovu vysvětlí pacientovi, co ho čeká za výkon, průběh výkonu, případné komplikace, které mohou nastat a následný průběh pooperační rehabilitace a další rečimová opatření, která přijdou. Poté by se měl přesvědčit, zda pacient všemu rozumí. Pacient musí podepsat informovaný souhlas s výkonem a s hospitalizací, stranový protokol, souhlas s transfuzí, a souhlas s poskytováním informací druhé osobě (Sosna, 2003, s. 27). Dále je přijmán všeobecnou sestrou, která s ním sepíše ošetovatelskou anamnézu. Její součástí je například změnění BMI, zhodnocení rizika pádu (viz. Příloha B), Barthel v test v edních činností (viz příloha C) a hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové (viz příloha D). Anamnézu zadá do dokumentace spolu s ostatními výsledky z vyšetření.

Riziko pádu všeobecná sestra zhodnocuje například podle Morse Fall Scale. Veškeré pády v anamnéze. Hodnocení 25 bodů přisoudí všeobecná sestra pacientovi v případě, že pacient upadl při přijetí nebo v nedávné době. Dále všeobecná sestra posuzuje, zda má pacient vedlejší diagnózu, zda má zavedenou například kanylu nebo jak se pohybuje a jaké používá pomůcky k chůzi. Všeobecná sestra posuzuje i duševní stav pacienta. Pokud dostane

pacient 0 ó 24 bod , tak je bez rizika. Při hodnocení 50 a více bod má vysoké riziko pádu a je potřeba provést určitá opatření (Dostálová, 2007, s. 23).

Barthel v test základních vědních činností (Activity daily living) slouží všeobecné sestře ke zhodnocení stupně závislosti pacienta v základních denních činnostech (příjem tekutin, oblékání, hygiena, kontinence stolice, atd.). Pokud je pacient ohodnocen 0 ó 40 body, je vysoce závislý, při hodnocení 100 bod je pacient nezávislý. Tento test je nutné zpracovat vzhledem na základě objektivních měření (Topinková, 2005, s. 214).

Hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové. Všeobecná sestra hodnotí schopnost spolupráce pacienta, jeho věk, stav pokožky, další onemocnění, stav v domě, fyzický stav, aktivitu pacienta, pohyblivost, a zda se u pacienta objevuje inkontinence. Nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně (Trachtová, 2013, s. 22).

Všeobecná sestra musí provést zdravotnický proces, to znamená, především na základě získání informací o pacientovi stanoví zdravotnické diagnózy a následně zdravotnické intervence a cíle (Novotná, 2013, s. 52). Podle ordinace lékaře provede všeobecná sestra odběr krve. Krevní skupinu potvrdí lékař v případě, kdy by došlo k velkým ztrátám krve během operace nebo po operaci a pacient by potřeboval transfuzi. Všeobecná sestra pak pomůže identifikovat náramek na horní končetinu. Měl by být na té straně, kde bude operována dolní končetina (Slezáková a kol., 2013, s. 35). Povinností všeobecné sestry je zkontrolovat, zda má pacient všechny potřebné pomůcky (francouzské hole, elastické punčochy) u sebe. Pokud je pacient u sebe nemá, zajistí mu je nebo pofládá rodinu o jejich zajištění (Novotná, 2013, s. 52). Všeobecná sestra pak odvede pacienta na pokoj, kde je seznámen se signalizací, fungováním lůžka a s vnitřním řádem nemocnice, s právy pacienta a o tom, kde je WC a sprchový kout. Dále všeobecná sestra umístí jmenovku na lůžko, kde bude pacient pobývat během hospitalizace (Sigmundová, 2010, s. 32).

Vyšetření pacienta probíhá i u fyzioterapeuta, který se zaměřuje na měření obvodu a délky dolních končetin. Fyzioterapeut měří, jaký má pacient rozsah flexe, extenze, abdukce, vnější a vnitřní rotace. Provádí svalový test a dívá se na celkové držení pacientova těla a provede terapeutický plán na základě anamnézy, kde se pacienta ptá na bolesti, potíže s klouby, úrazy, i sportovní aktivity. Pacientovi podá instrukce k pooperační rehabilitaci, která zahrnuje nácvik chůze o francouzských holích, nácvik stereotypního pohybu na lůžku, to znamená nácvik sedu, přetáčení na bok a břícho, vstávání z lůžka a uléhání na lůžko, nácvik dechových cvičení, což je velmi důležité u seniorů v prevenci plicních komplikací. Informuje klienta

o možnostech následné péče po propuštění a o rehabilitačních ústavech (Knířová, 2008, s. 29). Pacientovi je také zajištěna návštěva u anesteziologa. Anesteziolog zhodnotí vyplněný anesteziologický dotazník, všechny vyšetření a laboratorní hodnoty a na jeho základě usoudí, zda je nutné doplnit další vyšetření nebo odběr krve. Také hodnotí připravenost pacienta k operaci dle ASA. Seznámí pacienta s možnostmi anestezie, možnými riziky a komplikacemi. Před operací mu naordinuje vhodnou premedikaci, což jsou farmaka podávaná před výkonem. Pacientovi předloží souhlas s anestezí k podpisu (Novotná, 2013, s. 32).

Vždy pacient dostává antikoagulantia jako prevenci vzniku krevních sraženin. Ordinuje je lékař podle jeho hmotnosti (Repko, 2012, s. 177). Jsou aplikována subkutánně a nejméně 12 hodin před výkonem. Večer před výkonem je pacientovi podána první část premedikace, kterou určil anesteziolog. Jsou to hypnotika, neboli léky na spaní a anxyolitika, například Lexaurin nebo Diazepam, které se používají na uklidnění (Slezáková a kol., 2010, s. 35). Pacient má zakázáno kouřit, pít a jíst nejméně 5 hodin před operací, ale personál dále edukuje, aby neměl přijímat tekutiny a jídlo od předlovení. Dlehlitě je vyprázdněn pacienta před výkonem (Mikšová, 2006, s. 90).

5.3 Bezprostřední předoperační příprava

Ráno je úkolem všeobecné sestry zajistit, aby si pacient provedl ranní hygienu. V tísnu ji provádí pacient sám nebo mu dopomůže zdravotnický personál. Sanitarka oholí operativní pole a všeobecná sestra pacientovi zajistí bandáž neoperované končetiny nebo mu navlékne kompresivní elastickou punočku (Novotná, 2013, s. 52). Všeobecná sestra se podívá, jestli má pacient náperk nebo zubní protézu, popřípadě ji na její výzvu vyndá, pacient nesmí mít hodinky. Pokud nejdou náperk sundat, mohou být přelepeny náplastí. Pacient si může cennosti uložit do trezoru. Musí odložit brýle, sluchový aparát (Slezáková, 2010, s. 35). Pacient by se měl jít před výkonem jet vymočit (Repko, 2012, s. 168). Pacient si sundá osobní prádlo a je převlečen do empíru a všeobecná sestra čeká na výzvu z operativního sálu, aby mu byla podána premedikace, zpravidla před 1 hodinou před výkonem. ATB se podávají profylakticky, proto musí být již před operací zaveden PfiK, který zavádí ráno v tísnu všeobecná sestra z noční služby (Mikšová, 2006, s. 97). Poté je pacient odvozen spolu s dokumentací, RTG snímkem a profylaktickou dávkou antibiotik na operativní sál, kde je předán anesteziologické sestře.

6 POOPERA NÍ PÉ Ě

Po opera ním výkonu pacient musí lefet na JIP, kam mu jsou doneseny nejd lefit j-í v ci, které si p ed operací sbalil. Pacient z stává na odd lení JIP podle stavu, v t-inou den nebo dva dny (P ikryl, 2009, s. 167).

Po operaci je pacient p elofen dle jeho zdravotního stavu na poopera ní odd lení, chirurgickou JIP i ARO (Novotná, 2013, s. 52). Pacient lefí na zádech. Operovanou kon etinu musí udržet nataženou. V-eobecná sestra zajistí polohovací klín mezi dolní kon etiny, aby bylo zaji-t no abduk ní postavení kon etin. Na operovanou kon etinu zajistí v-eobecná sestra antirota ní botu. Ta pomáhá k extenzi s vnit ní rotací. V-eobecná sestra má povinnost kontrolovat postavení operované kon etiny (Cikánková, 2010, s. 90).

V-eobecná sestra má za úkol pacienta mimo jiné monitorovat a kontinuáln sledovat krevní tlak, dech, puls, saturaci, teplotu, EKG k ivku. Vitální funkce sleduje každých 15 minut, pozd ji každých 30 minut a podle stavu pak po hodin . Stav v domí musí být téf kontrolován, hodnotí se orientace v ase, míst , prostoru. V-eobecná sestra sleduje hodinovou diurézu a p íjem a výdej pacienta za 24 hodin (Slezáková, 2010, s. 264).

Invazivní vstupy: Pacient má zavedený PfiK. U periferního filního katetru v-eobecná sestra hodnotí známky infekce. Sleduje místo vstupu, zda není zarudlé nebo nejsou známky infuzní flebitidy podle Madonna. Pokud pacient necítí v míst bolest ani není reakce okolí, hodnotí se stupn m 0. Stupe 1 se p isuzuje pacientovi, kdyf ho místo bolí, ale není reakce okolí. Stupe 2 ufl se prokazuje bolestí a zarudnutím. P i stupni 3 je bolest, zarudnutí, otok nebo bolestivý pruh v pr b hu flíly. Nejhor-í je stupe 4, kdy je v rán hnis, pacient si st fluje na bolest a má otok. P i podání lék v-eobecná sestra zaji-uje pr chodnost kanyly. Kontroluje krytí PfiK, aby nedocházelo k poruchám jeho funkce. Do PfiK se podávají profylakticky antibiotika nejprve p ed operací. Následuje jedna afl dv dávky podle ordinace léka e poopera n po 6 hodinách. Do PfiK se kontinuáln podávají dal-í infuzní p ípravky a hemosubstituce dle KO a dle ordinace léka e (Mik-ová, 2006, s. 162; Kapounová, 2007, s. 16; Slezáková, 2010, s. 264).

PMK: Také je pacientovi zaveden permanentní mo ový katetr, díky kterému se kontroluje p íjem a výdej. Je zaveden také kv li tomu, aby pacient netrp l zbyte nou bolestí p i posazování na podlofní mísu nebo aby nedo-lo k luxaci ky le. Permanentní mo ový katetr odstraníme nejdéle 4. den po operaci, kdyf si myslíme, ffe pacient je schopný spontánní mikce a je schopen si dojít na toaletu nebo na toaletní k eslo. Pacient by se m l vymoit do -esti hodin a nem l by poci ovat pálení i ezání. V-eobecná sestra pe uje o PMK. Zkou-í jeho

funkčnost a sleduje příjem a výdej pacienta za 24 hodin. Všeobecná sestra zapisuje do dokumentace diurézu, barvu moči a její množství (Slezáková, 2010, s. 35; Taliánová, 2009, s. 76).

Dále všeobecná sestra kontroluje stav krytí operační rány, zda prosakuje skrz obvaz nebo je suché, krvavé, případně je puchý, pokud je prosakující. Sleduje odpad z Redonova drénu, jeho funkčnost a množství sekretu. Redon v drén je odstraněn zpravidla 1. až 2. den po operaci lékařem za asistence všeobecné sestry (Kapounová, 2007, s. 16; Slezáková, 2010, s. 36).

Pokud nemá pacient nauzeu nebo netrpí zvracením, mohou se mu v den operace po malých dávkách podávat tekutiny. Večer dostane polévku. Všeobecná sestra pozoruje vyprázdnění pacienta. Když se pacient do 3 dnů nevyprázdní, všeobecná sestra podá laxativa k vyprázdnění dle ordinace lékaře.

Důležité je dbát na prevenci TEN pomocí antikoagulancií a antitrombotik jako jsou Xarelto nebo Pradaxa. Podávají se jednou za 24 hodin. Další součástí prevence je komprese DK pomocí elastických obinadel nebo kompresních punoch, které všeobecná sestra každé ráno převazuje a kontroluje jejich funkčnost. Důležité je také časná mobilizace pacienta, kterého fyzioterapeut posazuje v první den a zkouší s ním pár kroků francouzských berlích. Také pobízíme pacienta k dostatečnému příjmu tekutin (Morkesová, 2008, s. 38; Novotná, 2013, s. 52).

Po operaci je nutné sledovat hodnoty krevního obrazu. Nejvíce musíme sledovat hodnoty hemoglobinu, hematokritu, minerálů. Je nutné, aby v dokumentaci byly RTG snímky kyčelního kloubu po operaci (Slezáková, 2010, s. 35). Součástí ošetřovatelské péče o pacienta je zabránění vzniku dekubitů. Proto je pacient polohován na zdravý bok s klínem mezi DK a jsou mu podložena důležitá předilekovaná místa na patách a na sakru. Musí být vypnuté a upravené lůžko a mělo by se dbát na to, aby kůže byla čistá a suchá (Příkryl, 2009, s. 168; Novotná, 2010, s. 52).

Po operaci až do konce hospitalizace monitoruje všeobecná sestra bolest a zapisuje do dokumentace její intenzitu dle VAS –kály (0 až 10). Sleduje účinnost analgetik, které na bolest podává. Ptá se pacienta na lokalizaci, propagaci a charakter bolesti (Novotná, 2013, s. 52).

1. pooperační den

Pacient leží po ránu na JIP, ráno mu všeobecná sestra odebere krev na KO, i minerály dle ordinace lékaře. Dle hodnot KO a mineralogramu jsou podávány krevní deriváty nebo infuze

(Slezáková, 2010, s. 35). Všeobecná sestra má za úkol nadále sledovat fyziologické funkce dle ordinace lékaře, obvykle je měřeno 4-6krát denně, pokud nejsou vysoké nebo nízké hodnoty. Pacient je v t-ínou jít bez antirotační boty. Po ránu je vertikalizován do sedu s pomocí všeobecné sestry a fyzioterapeuta. Všeobecná sestra musí dávat pozor na postavení operované končetiny. Měla by pacienta edukovat o prevenci luxace. Pacient by měl zvládat hygienu horní části těla sám. Se zbytkem těla mu dopomůže zdravotnický personál. Ráno také všeobecná sestra v rámci prevence TEN odváže bandáže nebo sundá elastické punočky a po hygieně a promazání končetiny naváže nové (Novotná, 2013, s. 52).

Dále všeobecná sestra kontroluje invazivní vstupy. Hlídá funkčnost PfiK a okolí vpichu dle Maddonovy hodnotící škály, popř. vymění krytí PfiK, pokud je odlepené od kůže, či jinak poškozené. Kontroluje i PMK, zda vede moč, která by měla být bílá, slámově žlutá. Do dokumentace zapisuje charakter, zápach, popř. pění moči. Neméně důležitá je i kontrola bilance tekutin za 24 hod. U RD sleduje charakter odpadu, podtlak a funkčnost. Při kontrole RD se podívá i na krytí operační rány, které by nemělo prosakovat. Aseptický převaz provádí všeobecná sestra dle ordinace lékaře nebo sám lékař za asistence všeobecné sestry. V případě prosáknutí provede všeobecná sestra převaz ihned (Taliánová, 2009, s. 76).

Všeobecná sestra se op ptá pacienta na bolest a hodnotí ji podle VAS škály, bolest zapíše do dokumentace a zapíše také, která analgetika podala. Analgetika podává dle ordinace lékaře a v t-ínou se podávají před započatým výkonem, například před rehabilitací. Všeobecná sestra aplikuje injekci nízkomolekulárních heparinů jedenkrát denně, nebo podává antitrombotika. Pacient podstupuje rehabilitaci s rehabilitačním pracovníkem, ten se s ním pokusí vstát a edukuje ho o tom, jak má vstávat sám, popř. o tom, jak má chodit s berlemi. Pak je potřeba zvýšený dohled a celkově je potřeba zabezpečit pacienta proti riziku pádu a dále pečovat o prevenci dekubitů podložením předilekovaných míst. Pokud pacient trpí poruchou spánku, všeobecná sestra pečuje o spánek tím, že zajistí v t-í komfort pacienta nebo mu podá léky na spaní, např. Zolpidem. Pacient má v t-ínou dietu 3 jako před operací dle ordinace lékaře (Schuler a kol., 2010, s. 159; Novotná, 2010, s. 52). Všeobecná sestra dbá i na hydrataci pacienta, a přikládá led na operační ránu (Taliánová, 2009, s. 77). Pacient může být v tento den přeložen z JIP na ortopedické oddělení.

2. pooperační den

Pacient se zvládne posadit sám při provádění hygieny. Popř. mu zdravotnický personál pomůže s přinesením pomůcek a umyje dolní část těla. V rámci prevence TEN upraví

v–eobecná sestra bandáže na dolních končetinách, promaže paty a sakrum mastí dle standard oddělení a nabádá pacienta k hydrataci. Probíhá monitorace tlaku, pulsu sestrou v t–inou dvakrát denně. V–eobecná sestra kontroluje invazivní vstupy. U PfiK hodnotí jeho funkčnost a jeho okolí dle Maddona. PfiK odstraní na základě výsledků z odběr krve a dle ordinace lékaře. V–eobecná sestra sleduje funkčnost PMK. Zpravidla druhý pooperační den bývá vytažen RD dle ordinace lékaře a dle odpadu pod dohledem lékaře (Novotná, 2013, s. 52). V–eobecná sestra sleduje krytí operační rány a postavení dolní končetiny. V–eobecná sestra nadále podává analgetika podle VAS–kály, v t–inou perorálně. Sleduje diurézu, bilanci tekutin (příjem a výdej za 24 hodin) a obnovení peristaltiky, která by se měla obnovit nejlépe 48 hodin po výkonu (Kapounová, 2007, s. 16). S rehabilitačním pracovníkem zkouší chůzi o berlích, která se uskutečňuje v tomto pořadí: nejprve berle, poté operovaná končetina a pak zdravá končetina. Tato chůze se nazývá trojdobá, za jiná nálepem a zátěží je na 1/3 hmotnosti. Dlehlitá je také podpora rodiny a ošetřovatelského týmu (Mikšová, 2006, s. 103; Slezáková, 2010, s. 36; Novotná, 2010, s. 53).

3. pooperační den

Stále má pacient mezi kolena abdukční klín, pod paty mu v–eobecná sestra dá antidekubitní podložky, i botičky a pečuje o pokofku, dle standard oddělení. Upraví pacientovo lůžko. Pokračuje prevence TEN. V–eobecná sestra převáže bandáže, vertikalizuje pacienta a nabádá ho k hydrataci. Pacient ufl chodí po pokoji sám, nacvičuje trojdobou chůzi o berlích. Tlak a teplota jsou monitorovány pouze podle ordinace lékaře, zpravidla dvakrát denně. Sleduje se stav operační rány, případně se krytí převáže, pokud prosakuje (Novotná, 2010, s. 53). V tomto období je dlehlitá rehabilitace. Fyzioterapeut provádí s pacientem kondiční cvičení, izometrii gluteálních svalů a m. quadriceps femoris. Operovanou končetinu cvičí pacient aktivně s dopomocí. Pacient provádí cvičení vsed, kdy má DK volně spuštěné z lůžka (Knířlová, 2008, s. 30).

4. pooperační den

Pacient již zvládá hygienu sám u umyvadla. V–eobecná sestra provádí péči o lůžko a prevenci TEN jako v předchozích dnech. Pacient již zvládá chůzi po pokoji. Na lůžku mu rehabilitační pracovník pomáhá se cvičením zdravé končetiny a přetáčením na zdravou končetinu. V–eobecná sestra pacienta povzbuzuje k pohybu. Zpravidla ufl je pacientovi odstraněn PMK. Pacient se musí vymočit do –esti hodin po odstranění PMK. V–eobecná sestra musí hlídat množství vyloučené moči, frekvenci močení u pacienta. Pacient se více zdokonaluje

v sobě stačí (Novotná, 2013, s. 53). Pokračuje nácvik chůze bez zatížení operované DK (Knířová, 2008, s. 30).

5. pooperační den

Pacient si dokáže dojít do koupelny, kde provádí sám hygienu. Všeobecná sestra monitoruje tlak i teplotu dvakrát denně dle ordinace lékaře. Kontroluje krytí rány a provádí prevenci TEN. Podává analgetika per os, zejména před rehabilitací (Novotná, 2010, s. 53). Fyzioterapeutka zkouší s pacientem přetáčení na zdravý bok, přičemž má pacient poltu mezi kolena. Tato poloha může přejít až do polohy vleže na břiše, kdy pacient procvičuje extenzi kyčelního kloubu a posiluje záďové svaly (Knířová, 2008, s. 30).

6. a 12. pooperační den

Probíhá stejná péče všeobecné sestry jako v předchozích dnech. Všeobecná sestra provádí prevenci TEN, převaz dle ordinace lékaře, kontroluje prosáknutí obvazu. Monitoruje vitální funkce zpravidla dvakrát denně. Pacient se zdokonaluje v sobě stačí. Provádí cvičení z předchozích dnů a prodlužuje chůzi na delší vzdálenosti (Knířová, 2008, s. 30). Sedmý den pacient začíná schůzi ze schůdi a do schůdi. Fyzioterapeutka opravuje chyby pacienta při cvičení (Knířová, 2008, s. 31). Osmý pooperační den pacient pokračuje v rehabilitaci a nacvičení posazení se na židli, sbírání předmětů z podlahy, navlékání ponožek a chůze o dvou francouzských holích ze schůdi a do schůdi (Knířová, 2008, s. 30). Další den by měl pacient již zvládat chůzi ze schůdi do schůdi a ujít delší vzdálenosti. Měl by být sobě stačí v rámci sebe péče (Knířová, 2008, s. 30). Na konci pobytu v nemocnici je pacient téměř sobě stačí a jsou mu vytaženy stehy. Stále se v průběhu celé hospitalizace sleduje bolest a podávají se analgetika dle ordinace lékaře a na žádost pacienta. Aplikují se nízkomolekulární hepariny po celou dobu s.c. nebo perorálně v podobě např. léku Xarelto, které by měl dále užívat nebo aplikovat 30 dní po operaci (Novotná, 2010, s. 52). Následná rehabilitační péče probíhá v zařízeních RHB péče 3 týdny (lázně, RHB ústavy). Tam pacient posiluje kondici svalstva a dodrhuje antiluxační režim (Pikryl, 2009, s. 167). Pacient je od všeobecných sester edukován, aby nosil každý den elastické punočky. Pokud bude mít pacient bolesti, může užívat kterýkoliv dostupný lék na bolest. V případě výskytu jakékoliv komplikace by měl ihned navštívit lékaře. Fyzioterapeutka poučí pacienta, aby cvičil naučené cviky alespoň 5krát denně. Zopakuje mu, že dřívě je nekřížit dolní končetiny, nesedat do hlubokého křesla i na nízkou židli, neprovádět flexi končetiny více než 90°, lehat na zdravý bok s poltu mezi kolena (Repko, 2012, s. 168).

Pacient pokračuje v rehabilitaci i v domácím prostředí. Měl by cvičit alespoň pětkrát denně po dobu dvaceti minut. Po 6 týdnech od operace by měl pacient přijít na kontrolu ke svému operatérovi. Operatér zkontroluje celkový stav pacienta, rozsah pohybu, operativní ránu a otoky dolních končetin, popř. pacienta odešle na RTG. Pokud lékař zhodnotí, že je v pořádku, může pacient, který má aplikovanou cementovanou endoprotézu, chodit pouze o jedné noze. Při pokračování delších vzdáleností by měl používat jeřábky. U pacienta s necementovanou endoprotézou se doporučuje chůze s odlehčením DK u obou francouzských noh. Pacient má od šestého týdne povoleno řídit auto. V rámci prevence TEN se lékař zeptá pacienta, zda užívá léky proti srážení krve a předepíše mu je eventuálně až do doby 3 měsíců po operaci. Užívání léků se řídí rozbořením krve (Dungl, 2013, s. 97).

Na další kontrolu k operatérovi je pacient objednan za tři měsíce. Lékař se podívá na RTG snímek, vyšetří stav končetin, stav operativní rány a hybnost kloubu. Pokud je v pořádku, lékař pacientovi povolí chůzi bez berlí. Prevence hluboké žilní trombózy bývá taktéž po 3 měsících ukončena. Pacient se postupně vrací do normálního života a je mu ukončena pracovní neschopnost. Může již vykonávat pohyby, které mu byly dříve zakázané. Poté pacient chodí na kontroly každým rokem. Pokud má potíže, je upozorněn lékařem, že může přijít kdykoli (Dungl, 2013, s. 97).

7 REHABILITACE

Rehabilitační péče vyžaduje individuální přístup rehabilitačního pracovníka k pacientovi. Rehabilitační postup by měl přispět k návratu pacienta k zdravotnímu stavu a také jeho snášenlivosti bolesti a psychickému stavu (Morkesová, 2008, s. 39). Hlavními úkoly, které by měl pacient zvládnout, jsou: vertikalizace, zvyšování rozsahu pohybu kloubu a svalové aktivace, maximální stabilita v běžných činnostech a prevence TEN. U pacienta dochází ke zkrácení svalů a ke svalovému napětí, je oslabeno gluteální svalstvo a jeho fungování je nahrazeno tzv. kvadrátovým mechanismem, což vede ke zvýšení napětí svalu a bolesti zad (Dungl, 2014, s. 654). Rehabilitace by měla zahrnovat i diagnostikování coxartrózy z důvodu pohybového omezení pacienta po operaci a udržení kloubů v dobré kondici. Cvičení před operací by mělo pomoci zlepšit rozsah pohybu v daném kloubu a posílit okolní svalstvo (Bird, 2007, s. 159).

Rehabilitaci u pacienta rozdělujeme na předoperační, pooperační a rehabilitaci následnou, která probíhá v jiném rehabilitačním zařízení (Cikánková, 2010, s. 91).

7.1 Předoperační rehabilitace

Rehabilitační pracovník provádí předoperační rehabilitační vyšetření, které zahrnuje měření délky a obvodu končetiny. Vyšetření celkovou goniometrií kyčelního kloubu, to znamená flexi, extenzi, zevní a vnitřní rotaci. Dále musí být použit svalový test pro vyšetření svalové síly v oblasti kyčelního kloubu a vyšetření zkrácených svalů. Na pacientovi se rehabilitační pracovník vyzkouší stereotyp chůze, který je negativně ovlivněn a špatně držená tlače. Před operací má pacient omezený rozsah abdukce, vnitřní rotace a flexe. Končetina je zkrácená a síla svalů je nízká, objevují se bolesti zad a jiných kloubů (Cikánková, 2010, s. 91; Rozkydal, 2012, s. 49).

Pacient, který má již naučenou chůzi o berlích nebo zná některá cvičení, proto je již na operaci byl, se snadno uí sobě nastočí. Rehabilitační program před operací zahrnuje i kondiční cvičení a dechovou gymnastiku. Fyzioterapeut s pacientem posiluje oslabené svaly a protahuje zkrácené svaly. Nejvíce oslabené bývají svaly břišní a gluteální (Dungl, 2014, s. 795). Dále se nesmí pacient naučit špatný stereotyp chůze a měl by vyváženě zatížit končetinu. Pacient se učí sednout si, přetočit se na bok a břícho na lůžku. Toto dále s poltáčem mezi kolena (Repko, 2012, s. 172).

7.2 Pooperační rehabilitace

Rehabilitace se zahajuje co nejdříve po operaci. V prvních dnech po operaci se cvičení zaměřuje na prevenci TEN, dekubitů a bronchopneumonie (Repko, 2012, s. 172). Po operaci pacient zaujímá polohu vleže na lůžku a je monitorován. Pacient má operovanou dolní končetinu v antirotační botě, která zajišťuje vnitřní rotaci a abdukci a slouží jako prevence vykloubení implantátu (Knířlová, 2008, s. 29). Všeobecná sestřička pacientovi bedýnku i abdukční klín mezi kolena a sleduje spolu s dalším personálem postavení dolní končetiny. Poté následuje polohování na neoperovaný bok nebo záda po dvou hodinách. Mezi kolena musí mít pacient poltáče (Repko, 2012, s. 173). Pacient nevstává z lůžka a vyprazdňování provádí pomocí PMK nebo podlovní mísy i močové lahve (Drtinová, 2009, s. 55). Fyzioterapeutka provádí s pacientem pouze dechová cvičení a procvičování neoperovaných končetin (Morkesová, 2008, s. 38). Obvykle první pooperační den zkouší pacient sed na lůžku se svými dolními končetinami. Začíná cvičit i s operovanou končetinou, kdy provádí aktivní pohyby v hlezenním kloubu, dále izometrii gluteálních svalů a m. quadriceps femoris (Knířlová, 2008, s. 29). Během prvních dní rehabilitace může na pacienta přijít únava i slabost při vstávání a chůzi je třeba pamatovat na mdloby i závratě, tudíž je zvýšené riziko pádu. Pacient by neměl chodit sám bez dohledu, měl by vyúřčovat předepsané pomůcky,

poslouchat pokyny fyzioterapeuta a myslet na dostatečný příjem tekutin (Morkesová, 2008, s. 38). Pacient je postupně zpravidla druhý nebo třetí den vertikalizován do stoje, nacvičuje rovnováhu, procvičuje ramena, trup krční páteř. Nadále je postupně vertikalizován k chůzi o berlích se simulací kroku operované končetiny (Dungl, 2013, s. 90). U pacienta postupně zvýšíme zátěž dle jeho tolerance. Píbilifně sedmý den přidává fyzioterapeut nácvik chůze po schodech. Pacient se nadále zdokonaluje v soběstačnosti v hygieně, oblékání, chození, sedání na toaletu a v dalších činnostech. (Knířlová, 2008, s. 30).

7.3 Doporučení

Po operaci musí pacient dodržovat tzv. antiluxační pravidla. Měly by se dodržovat minimálně 3 měsíce po operaci. Pacienta musíme edukovat o pooperačním režimu a pohybech, které neměly provádět. Neměly by jí zevně otáčet a operovaná končetina nesmí být ve flexi více než 90°. Pacienti nesmí sedět tak, aby bylo koleno výše než operovaná končetina a končetiny nesmí křížit. Dále se nesmí předklánět a šýbat. Po 3 měsících takového dodržování se může pacient zapojit do běžného života. Uklidněme ležet i na operované končetině (Dungl, 2014, s. 798). Po propuštění z nemocnice může být pacient poslán na oddělení následné péče, rehabilitační oddělení nebo do lázeňského zařízení, kde je rehabilitace zaměřena na znovuoživení svalové rovnováhy, posílení svalstva a správných pohybových stereotypů. Postupné zatěžování končetiny je u každého pacienta individuální, ale obecně platí, že u pacientů s implantovanou cementovanou endoprotézou dochází k zatěžování vlastní vahou operované končetiny a necementovaných implantátů je nutné plné odlehčení končetiny. Poté jí pacient zatěžuje ¼ až ½ své tělesné hmotnosti. Po těchto měsících, kdy jde pacient na kontrolu a RTG, může zatěžovat končetinu plnou vahou (Repko, 2012, s. 172). Doporučené sportovní aktivity pro pacienta s totální endoprotézou jsou například plavání, jízda na kole nebo rotopedu. Vhodnou aktivitou je též turistika. Měly by doma procvičovat podle doporučení, která mu vypoví fyzioterapeutka. Pacient by neměl nosit pantofle nebo bačky, ale pevné boty s podrážkou. A při jízdě autem by do 6 týdnů neměl jít, ale jezdit jen jako spolujezdec. Při sedání do auta jde nejprve z boku na sedadlo. (Dungl 2014, s. 798; Slezáková, 2010, s. 121).

8 KOMPLIKACE

V praxi patří mezi nejčastější komplikace bolest, která vzniká v důsledku různých příčin. (Repko, 2012, s. 167). Komplikace můžeme dělit na perioperační (během operace a v bezprostředním pooperačním období). Patří k nim smrt, ale ta je vzácná a je spíše spojená

s kardiopulmonálním selháním nebo masivní embolizací. Dále sem patří krvácení, zejména sobené poranění distálních velkých cév (a. nebo v. femoralis) (Koudela a kol., 2004, s. 99 - 104). Kvůli větší ztrátě krve chodí pacient na odběr krve pro autotransfuzi nebo jsou mu objednány krevní konzervy. (Trnka, 2008, s. 911). Při operaci může dojít i k poranění kosti nebo nervu (Koudela a kol., 2014, s. 101). Dále jsou časté pooperační komplikace, které se projeví do 6-8 týdnů a pozdní pooperační, které proběhnou do 1 roku po operaci (Rozkydal, 2012, s. 12 - 13).

8.1 Pooperační komplikace

Mezi pooperační komplikace patří luxace kloubu. Luxací rozumíme vypadnutí hlavice kosti kyčelní z jamky kosti kyčelní. Projevuje se velkou bolestivostí, omezením pohybu v kyčli a zkrácením celé DK (Dungl, 2014, s. 695). Nejrizikovější pro luxaci jsou první tři měsíce, kdy pacienti používají francouzské hole na odlehčení, a probíhá jizvení svalstva kolem náhrady (Příkryl, 2009, s. 167). Implantace totální endoprotézy je spojená s rizikem hluboké filní trombózy a plicní embolie. Plicní embolie je život ohrožující. Věchtní pacienti jsou zajišťováni vysokými dávkami LMWH, riziková pacienti užívají Warfarin po dobu tří měsíců nebo nově užívají perorální inhibitory trombinu (např. Pradaxa). Pacient by měl dostatečně pít (Příkryl, 2009, s. 168; Janíček, 2012, s. 94). Kvůli prevenci infekce TEP kyčelního kloubu jsou dodržována přísná hygienická pravidla na operačních sálech. Infekce bývá příčinou toho, že se nelze vyměnit endoprotézu (Dungl, 2013, s. 85). Další prevencí infekce je podávání ATB jako profylaxe v předoperačním období a v krátkodobém pooperačním období do 48 hodin (Taliánová, 2009, s. 75). Neměli by se operovat pacienti s chronickou infekcí, zejména urogenitálního traktu, gynekologickou infekcí, se zánětem vedlejších nosních dutin, i s dentálními infekty. Větší riziko infekce hrozí u pacientů s diabetem mellitem, erysiplem na dolní končetině, artritidou a s tumorem (Dungl, 2014, s. 699).

8.2 Pozdní pooperační komplikace

Dochází k nim v delším časovém odstupu od operace, většinou 1 rok po operaci. Může dojít k uvolnění endoprotézy z kostního lůžka, odmítnutí endoprotézy tělem nebo k poškození materiálu. Důsledkem je zvýšená bolestivost, omezená hybnost a defekty v okolí kloubu. Nutností je pak kyčel reoperovat a endoprotézu vyměnit. Když je toto včas diagnostikované, nemuselo by dojít k porušení kosti. Závažnější komplikací je pozdní infekce, kdy se vytvoří absces nebo píštěl a je nutná operační revize a odstranění endoprotézy (Bird, 2007, s. 206; Trnka, 2008, s. 913).

9 O-ET OVATELSKÝ PROCES

O-et ovatelský proces je systematická racionální metoda plánování a poskytování o-et ovatelské pé e, skládající se z n kolika vzájemn propojených fází. Je to posouzení i zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. P i o-et ovatelském procesu v-eobecná sestra vykonává o-et ovatelské innosti, p i nich p íhlí k individuálním pot ebám pacienta, e-í jeho problémy a p edchází jim. Sérii t chto inností provádí v-eobecná sestra i za spolupráce pacienta. innosti jsou zam eny na dosažení ur ítého výsledku. V-eobecná sestra si na základ stanovení diagnóz stanoví cíle, kterých chce dosáhnout. Nakonec zhodnotí, zda byly cíle spln ny, a pokrok, kterého pacient dosáhl (Tóthová, 2014, s. 16). P i posouzení v-eobecná sestra vychází ze subjektivních a objektivních informací, které získá fyzikálním vy-et ením, nahlédnutím do dokumentace, i rozhovorem s pacientem, rodinou. Informace se týkají pacientovy historie, osobní anamnézy nebo jeho silných stránek. Díky nim v-eobecná sestra rozpozná p íleflitost k podpo e zdraví. V-eobecná sestra zvafluje i potenciální problémy, které by se mohly u pacienta vyskytnout. K posouzení byly zalofeny n které o-et ovatelské teorie, nebo nap . funk ní vzorec zdraví Marjory Gordonové. Na základ posouzení tedy v-eobecná sestra stanoví o-et ovatelskou diagnózu. „O-et ovatelská diagnóza je klinickým posouzením lidské reakce na zdravotní stav/procesy nebo náchylnost jedince, rodiny, skupiny nebo komunity k takové reakci.õ (Herdmann, 2016, s. 22). Skládá se z názvu a definice. K rozli-ení diagnóz je t eba znát diagnostické indikátory, k nimfl pat í ur ující znaky (p íznaky) a související faktory (p í iny, etiologické faktory), které pomáhají sest e k ur ení p esnosti diagnóz. Pro rizikové diagnózy pak slouflí rizikové faktory. Dal-í fáze, která následuje po stanovení diagnóz, je plánování. Sou ástí plánování je stanovení priorit o-et ovatelských diagnóz, aby se sm ovalo k e-ení rizik nebo problém co nejd íve. V rámci plánování si v-eobecná sestra stanoví výsledky a poté i o-et ovatelské intervence. O-et ovatelské intervence jsou innosti, které provádí v-eobecná sestra ke zlep-ení výsledk pacienta. V-eobecná sestra musí v-e vyhodnotit. Vyhodnocuje p esnost o-et ovatelských diagnóz, ú innost intervencí a dosažení stanovených cíl (Herdman, 2016, s. 23 - 25).

10 MAPA PÉ E

Mapa pé e je nástroj pro ízení pé e pacient . Je vypracována pro specifickou diagnózu, proceduru i zákrok. Popisuje klí ové kroky v procesu pé e o klienta, jehofl výsledkem je dosažení maximální kvality poskytované pé e za minimální náklady. Mapy pé e zlep-ují komunikaci mezi zdravotnickým personálem a kvalitou dokumentace. Mohou slouflit i jako

edukační materiál pro pacienta. Cílem při vypracování mapy péče je tedy zpravidla zohlednit zdravotní dokumentaci, zmapovat veškerou práci a náklady spojené s péčí o pacienta, vytvoření hranic péče s ohledem na možnosti. Vypracování kvalitní mapy péče klade vysoké nároky na tvůrce. Tým pracovníků navrhne plán péče u předem určené diagnózy, který obsahuje všechny testy, vyšetření, zákroky, kontroly i aktivity, jejichž provedení se u této diagnózy předpokládá. Všechny informace jsou následně sepsané do předem připravené struktury. Ve sloupcích je napsán den nebo jeho část a na řádcích jsou rozepsány činnosti, i úkoly pro personál (zákroky, medikace, pohybový režim), které jsou pro daný den typické. Mapy péče mohou být určeny pro personál. Existují informační mapy pro určité medicínské diagnózy nebo edukační, které slouží pro pacienty (Tříska 2003, s. 477).

V praktické části práce jsou vypracovány kazuistiky u pacientů s TEP ky elního kloubu. Při zdravotní péči o pacienty je důležité dbát na prevenci komplikací a sledovat DK, operační ránu, vitální funkce, atd. Všeobecná sestra si proto vytváří zdravotní plán péče, aby uspokojila individuální potřeby pacienta a při péči nic nezanedbala. Díky zpracovaným kazuistikám lze získat v této oblasti pohled o zdravotní péči a o individuálních potřebách každého pacienta.

II PRAKTICKÁ ČÁST

11 METODIKA

V této práci bylo stanoveno pět cílů. První cíl byl teoretický. Zjistit odlišnosti v ošetřovatelské péči popisované v literatuře a porovnat s ošetřovatelskou péčí na sledovaném oddělení.

Druhým cílem bylo zjistit údaje o počtu cementovaných a necementovaných endoprotéz na sledovaném oddělení a vypracovat ošetřovatelské procesy u 3 pacientů indikovaných k totální endoprotéze kyčelního kloubu. Na základě ošetřovatelských procesů zpracovat mapu ošetřovatelské péče pro rehabilitační pracovníky, která se zabývá předoperační i pooperační rehabilitací.

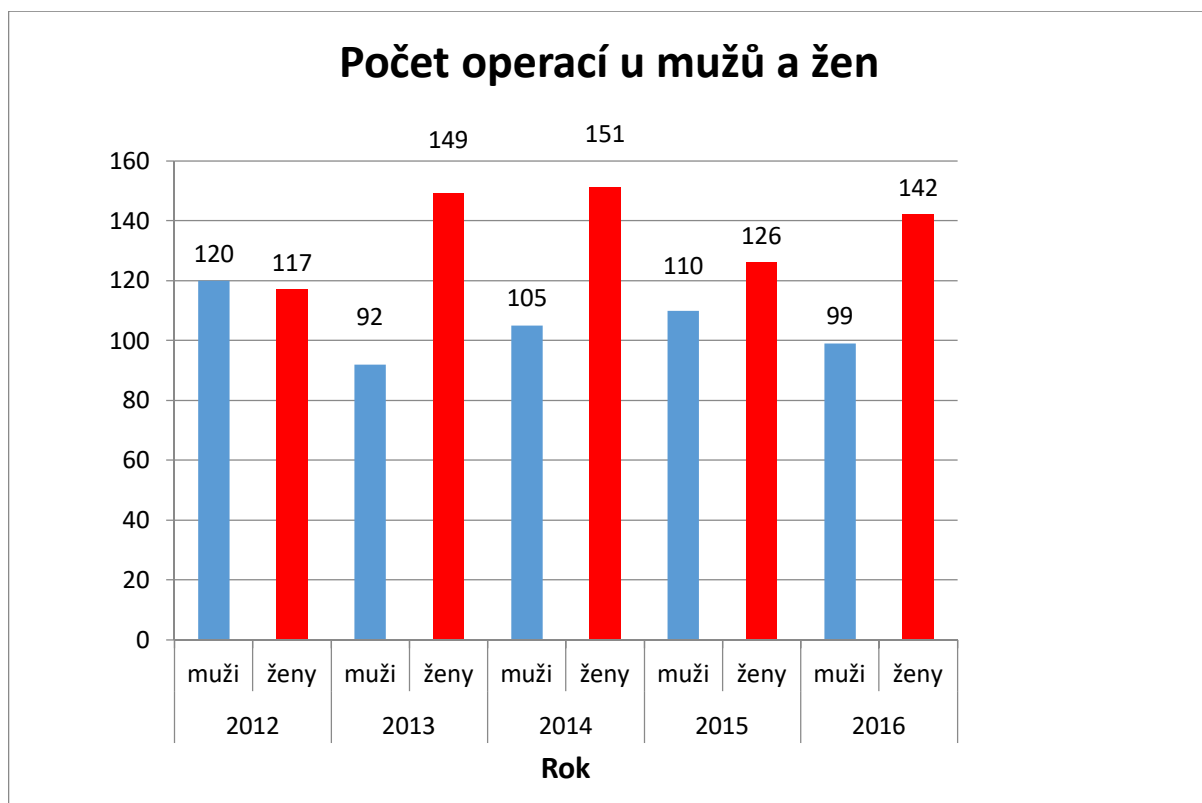
Kazuistiky byly sbírány v soukromé nemocnici na standardním ortopedickém oddělení s 28 lůžky v období od 1. 10. do 31. 10. 2016 na základě souhlasu zdravotnického zařízení. Statistické údaje byly získány ve spolupráci s vrchní sestrou sledovaného oddělení a hlavní sestrou. Ke zapsání výsledků bylo třeba vytvořit grafy, do kterých byly zaznamenány hodnoty. Z grafů je patrné, kolik bylo provedeno na tomto oddělení implantací TEP kyčelního kloubu muflím a ženám, kolik bylo aplikováno cementovaných a necementovaných endoprotéz a kolik bylo provedeno revizních operací od roku 2012 až 2016.

Ke vytvoření mapy ošetřovatelské péče pomohlo zpracování plán péče u deseti pacientů, kterým byla provedena implantace totální endoprotézy kyčelního kloubu ve sledovaném období. Pacienti souhlasili s tím, že budou v rámci výzkumu pozorováni v průběhu hospitalizace a do bakalářské práce budou zapsány jen ty informace o jejich osobě. Citlivé údaje zůstanou anonymní. Veškerá data a informace potřebné k vypracování ošetřovatelských procesů byla získána nahlížením do zdravotnické dokumentace, pozorováním, rozhovorem s pacienty na základě jejich souhlasu. Z deseti vypracovaných kazuistik byly vybrány 3 vzorové, a to dvě kazuistiky pacientek s implantovanou cementovanou endoprotézou a jedna kazuistika pacienta s implantovanou necementovanou endoprotézou. Jednotlivé kazuistiky pacientů obsahují základní údaje o pacientovi, výsledky předoperačního vyšetření a posouzení současného stavu pacienta před příjmem. Při tvorbě kazuistik byla využita fakultní ošetřovatelská dokumentace. Dále byla použita klasifikace tíže flebitidy dle Maddona, rozířená stupnice dekubitů dle Nortonové, Barthelův test základních vědních činností, škála pro hodnocení rizika pádu, a záznam hodnocení bolesti. Tyto škály se nacházejí na webových stránkách univerzity. Individuální potřeby pacienta jsou posuzovány podle rozířeného modelu Marjory Gordonové. V tabulce jsou uvedeny diagnózy, které byly i nebyly přijaty. Byly vypracovány

prostednictvím ošetovatelských diagnóz podle klasifikace NANDA II. International a utídný do jednotlivých diagnostických domén. Diagnostických domén je celkem 13. Jsou rozděleny do jednotlivých tříd, které obsahují ošetovatelské diagnózy. Každá diagnóza má svůj název, jasnou definici a specifický kód. Přiřazení diagnóz bylo posuzováno na základě diagnostických indikátorů. Mezi diagnostické indikátory patří určující znaky (např. známky nebo příznaky) a související faktory (např. příčina, související faktor). Indikátory přispívají k přesnosti ošetovatelských diagnóz. Jakmile jsou stanoveny diagnózy, přejde se k plánování. V rámci plánování je zapotřebí, aby bylo stanoveno pořadí priorit zvolených ošetovatelských diagnóz a zveřejněny požadované výsledky. Díky tomuto se dopracuje k sepsání ošetovatelských intervencí. Další fází ošetovatelského procesu bylo vyhodnocení. V bakalářské práci je popsáno, jak byl realizován plán péče a vyhodnocení, zda byly splněny cíle, které byly stanoveny (Herdmann, 2016, s. 26).

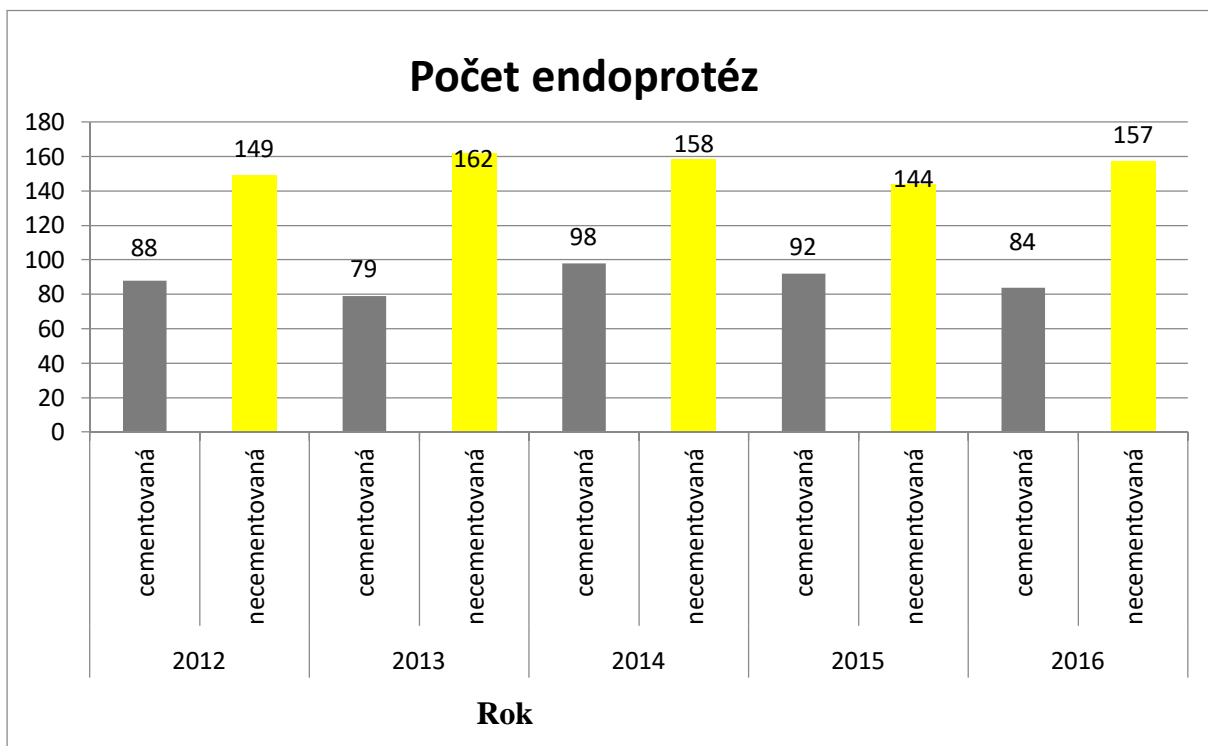
12 STATISTICKÉ ÚDAJE

V období od roku 2012 do roku 2016 bylo na sledovaném ortopedickém oddělení soukromé nemocnice provedeno 1211 TEP ky elního kloubu. Při operacích se používala cementovaná i necementovaná endoprotéza, jejich počet je uveden na Obr. 2. Ve stejném období bylo provedeno celkem 136 revizních operací. Nejastější jinou revizních operací byla luxace TEP. V této údaj byla získána ve spolupráci s vrchní sestrou a hlavní sestrou.



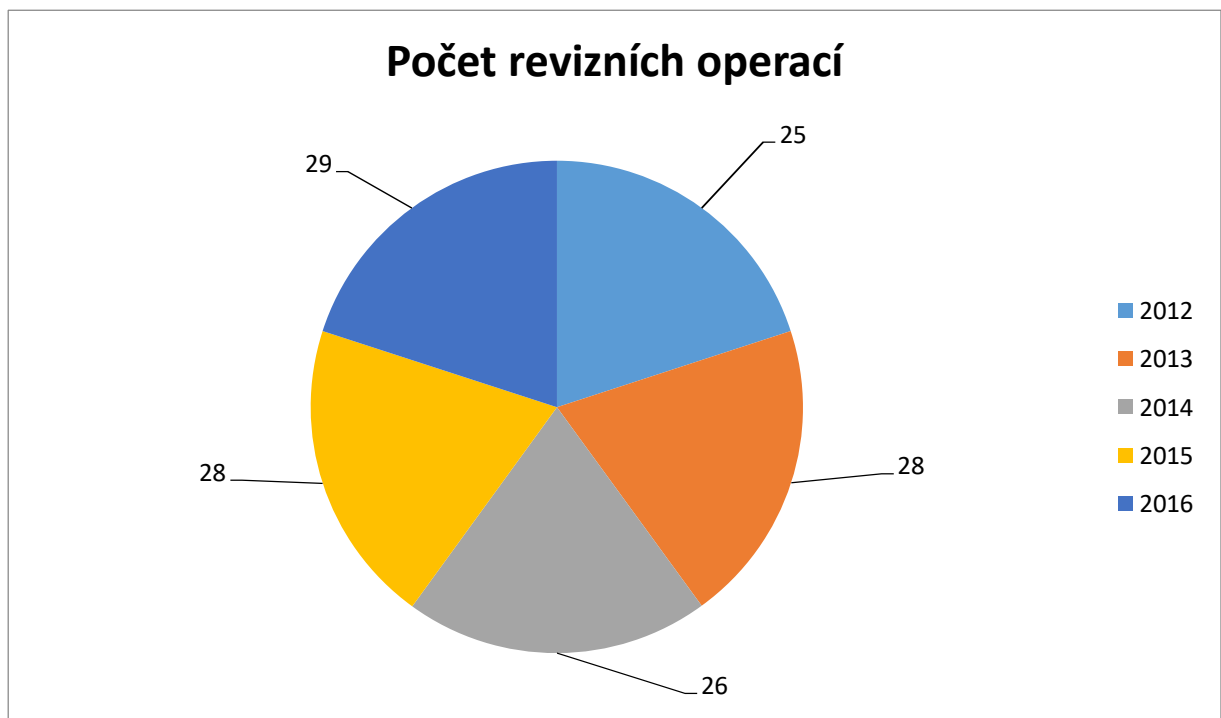
Obrázek 1 – Graf počtu implantovaných TEP ky elnímu kloubu u mužů a žen od roku 2012 do roku 2016

Na obr. 1 je uveden počet implantovaných TEP ky elního kloubu od roku 2012. Za uvedené období bylo provedeno celkem 685 operací u žen a 526 operací u mužů. Nejvíce TEP ky elního kloubu bylo provedeno v roce 2014.



Obrázek 2 - Graf po tu cementovaných a necementovaných endoprotéz od roku 2012 ó 2016

Na obr. . 2 je vyobrazen po et cementovaných a necementovaných endoprotéz provedených b hem 4 let. Z grafu je patrné, že léka i kařdý rok provád li implantace TEP ky elního kloubu ast ji s necementovanou endoprotézou.



Obrázek 3 ó Graf po tu revizních operací v letech 2012 ó 2016

Na obr. . 3 je zobrazeno, kolik revizních operací bylo provedeno v roce 2012 ó 2016. Nej ast j-í p í inou revizních operací byla luxace ky elního kloubu. Nejvíce revizních operací bylo provedeno v roce 2016. Z po tu 241 implantovaných endoprotéz bylo provedeno 29 revizních operací.

13 KAZUISTIKA . 1

Pacientka M. S., 63 let, byla plánovaně přijata 3. 10. 2016 v 9:30 hod. na standardní ortopedické oddělení k implantaci pravého kyčelního kloubu. Již 10 let pociťuje bolesti kyčle vpravo. Tato bolest se objevovala nejprve při pohybu, ale postupem času i v klidu. Na bolest pacientka neužívá žádné léky. K chůzi hole nepoužívá. Snáhla se odpočívat, ale bolest jí překáždila při vykonávání zaměstnání i v každodenních činnostech, proto navštívila lékaře. Lékař na základě vyšetření a RTG snímku indikoval operaci.

Anamnéza:

- Osobní anamnéza: prodělala bakteriální onemocnění.
- Farmakologická anamnéza: pacientka trvale užívá: antihypertenziva, hormony, vazodilatancia a antacida.
- Alergická anamnéza: udává alergii na Penicilin.
- Sociální anamnéza: žije s manželem a porodila 1 syna.
- Pracovní anamnéza: v současnosti je již ve starobním důchodu, dříve pracovala jako zubní lékařka.

Hlavní diagnóza:

- Coxarthrosis l. dx.

Vedlejší diagnózy:

- Astma bronchiale
- Hiátová hernie
- Hypertenze
- Kalcifikované aneurysma a. renalis vpravo
- Rhinitis chronica
- St.p.thyreodiktomie 2013, HYE + adnexectomie 1979, APPE 1979
- St.p. zlomenina levého kotníku 2014

Medikace :

- Lorista H 1-0-0 (antihypertenziva)
- Letrox 75 1-0-0 (hormony)
- Amloratio 5 1-0-0 (vazodilatancia)
- Nolpaza 40 1-0-0 (antacida)

Základní vyšetření a pozorování sestrou z 3. 10. 2016:

Celkový vzhled	upravená, střední postavy
Výška	153 cm
Hmotnost	54 kg
BMI	29,6 kg/m ²
Stav v domě	orientovaná, spolupracuje, GCS: 15
Puls	72', pravidelný
Dech	16', eupnoe
Krevní tlak	140/80 mm Hg
Telesná teplota	36,4°C, normotermie
Poloha	aktivní
Chůze	kulhavá
Rozsah pohybu kloubu	omezený
Stisk ruky, schopnost uchopit předmět	předmět uchopí, stisk ruky je pevný
Zornice	Izokorické
Nos	bez sekrece
Dutina ústní, chrup	nosí brýle na čtení
Zrak	bez patologie, nemá zubní protézu
Sluch	v pološku, slyší dobře
Stav kůže	vlhká, bledá, kůže turgor v normě
Periferní filní katétr	zaveden 4. 10. 2016

Tabulka 1 - Základní vyšetření a pozorování sestrou u prvního pacienta

Testy a škály:

- Hodnocení rizika pádu: 30 b. o nízké riziko
- Barthel v test základních vědních činností: 75 b. o lehká závislost
- Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové: 31 b. o střední riziko
- Vizuální analogová škála: (viz. příloha č. 1)
- Klasifikace tíže flebitidy dle Maddona: 0 b. o není bolest ani reakce v okolí

Vyšetření:

- Interní vyšetření (krevní odběr: krevní obraz, biochemie, sérologie, moč + sediment, mikrobiologie, FW, CRP) - 23. 9. 2016 o v normě

	23.9.2016	referen ní meze
Hemoglobin	138 g/l	120-160 g/l
Hematokrit	0,425 g/l	0,330 ó 0,470 g/l
Leukocyty	7,8*10 ⁹ /l	4,2 ó 10,2*10 ⁹ /l
Trombocyty	200*10 ⁹ /l	130 ó 420*10 ⁹ /l
Erytrocyty	4,03*10 ¹² l	3,9 ó 5,4*10 ¹² l
Urea	6,0 umol/l	2,6 ó 8,2 mmol/l
Kreatinin	72,8 umol/l	70 ó 115 μ mol/l
Na	141 mmol/l	136 ó 144 mmol/l
K	4,3 mmol/l	3,5 ó 5,1 mmol/l
Cl	105 mmol/l	97 ó 108 mmol/l
Bilirubin	10,5 umol/l	5 ó 20 μ mol/l
ALT	0,20 ukat/l	0,1 ó 0,75 ukat/l
AST	0,66 ukat/l	0,10 ó 0,72 ukat/l
CRP	5,9 umol/l	0,0 ó 10 mg/l
Glykémie	4,5 mmol/l	3,5 - 5,6 mmol/l
Protrombinový test	0,86 s	0,8 ó 1,2 s
APTT	26,6 s	24 ó 33 s

Tabulka 2 - Krevní hodnoty u prvního pacienta

- Mo + sediment ó bílkovina, glukoza, aceton, bilirubin, urobilinogen ó negativní, mo : flutá, stomatologické vy-etení, výt r z nosu, krku s vy-etením na kultivaci a eventuální citlivost na antibiotika, ORL vy-etení, gynekologické vy-etení ó u pacientky bylo v-e v po ádku
- RTG pravé ky le: nitkovitá kloubní -trbina, osteofyty, subchondrální sklerosa ó 3. stupe artrózy
- EKG ó v norm
- RTG ó srdce, plíce
- Podle interního vy-etení a podle anesteziologa je pacient schopný k výkonu

Pro lepší přehlednost ošetřovatelské péče byla vytvořena tabulka, kde je popsán průběh hospitalizace pacienta od přijetí až po propuštění.

	1. den o p íjem	2. den - operace	3. den- 1. POOP den	4.den o 2. POOP den	5. den o 3. POOP den	6. - 8. Den	9. o 12. den
Vyšetření (odborní)	Komplexní předoperační interní vyšetření, ortopedické vyšetření, anesteziolog, odborníky krve.	KO, biochemie (ionty), glykemie.	KO, biochemie (ionty, urea, kreatinin, jaterní testy), glykemie; RTG.				
Fyziologické funkce	TK, P	Před operací: TK, P, TT. Po operaci monitorace: TK, P, TT, SpO ₂	TK, P - třikrát denně, v normě; TT dvakrát denně, normotermie.	TK, P, TT - dvakrát denně.	TK, P, TT - dvakrát denně.	TK, P, TT - dvakrát denně.	TK, P, TT - dvakrát denně.
Poloha	Kulhavá chůze bez FB.	Vlekle na zádech, polohovací klín mezi kolena, antirotační bota.	Vlekle na zádech, polohovací klín mezi kolena, sedí uvele.	Sed u jídla i během dne, úlevová poloha vlekle.	Stojí, nácvik chůze o FB, samostatné přecházení na pokojový klozet.	Chůze o FB po pokoji, chodba.	Chůze ze schodů, do schodů.
Přik		Vena cubita- levé horní končetina Zhodnocení dle Maddona 0.	Přik - funkční. Hodnocení dle Maddona 0.	Přik - odstraněno dle ordinace lékaře.			
Infuze		RF 800 ml do 14:00 hod. PL v 5 %G 1000ml 11 - 20 hod. PL v 5 %G 1000ml + KCl 7,45 % 20 - 06					

PMK		PMK velikosti 18. Funkční. Moje tmavá flutá.	PMK - funkční. Odvádí slámovou flutou mo.	PMK funkční. Pacientka nepociťuje pálení ani záněty.	Ex PMK dle ordinace lékaře. Pacientka se do 2 hodin vymočila. Nemá pocity pálení nebo záněty.		
Peřevaz		OP je bez prosaku, sterilně krytá. Redon v drén odvedl 250 ml.	OP neprotéká sterilně krytá. RD: 200 ml, krvavý sediment.	RD ex. OP dezinfikována Betadine sprayem, poté sterilně kryta a pevně zalepena.	OP - bez zarudnutí a sekrece. Dezinfekce Betadine sprayem.		Stehy ex. Jodizace rány a zásyp FM.
RHB			Vertikalizace do sedu, dechová, kondiční cvičení, posilování HK.	Samostatný sed, RHB z 1. dne i samostatně.	Vertikalizace do stoje, chůze o FB s pomocí.	Chůze o FB po pokoji, chodba samostatně.	Chůze ze schodů, do schodů.
Bolest (VAS)	Chronická (10 let).	Novalgin 1 gr i.v. v 16:00 Paracetamol 1 gr i.v. 18:00, Dipidolor 15 mg s.c. v 13:45 VAS 6 snížena na VAS 4.	Dipidolor 15 mg s.c. v 5:30 VAS 5 snížena na VAS 4.	Paramegal 500 mg, 2tbl. - VAS 4	Paramegal 500 mg, 2tbl. - VAS 4	Paramegal 500 mg, 1tbl. VAS 3	
Bandáže DK		Bandáž LDK	Bandáže obou DK	Bandáže obou DK	Bandáže obou DK	Bandáže obou DK	Bandáže obou DK
Antikoagulancia		Pradaxa 75 mg v 17:00 hod.	Pradaxa 75 mg	Pradaxa 75 mg	Pradaxa 75 mg	Pradaxa 75 mg	Pradaxa 75 mg

Tabulka 3 - Průběh hospitalizace u prvního pacienta

Průběh hospitalizace

1. den:

Příjem pacientky na oddělení:

Pacientka byla přijata 3. 10. 2016 v 9:30 hod. ošetřujícím lékařem na ortopedické oddělení. Lékař jí popsal ooperační zákrok, provedl stranovou kontrolu a pacientka podepsala stranový protokol. Pacientka dále podepsala informovaný souhlas s hospitalizací, informovaný souhlas s uložením cenností, s transfuzí krve a souhlas o podání informací jiné osobě. Všeobecné sestry s ní poté provedly podrobnější sesterskou anamnézu. Následně byla odvedena na pokoj. Tam se seznámila s hospitalizačním řádem, chodem oddělení a byla poučena o manipulaci s lůžkem, signalizačním zařízením. Poté za pacientkou přišel anesteziolog, se kterým vyplnila pacientka anesteziologický dotazník. Byla jí poučena o provedení anestezie (spinální anestezie).

V 18:00 byl pacientce předán šátek (Glycerini supp. 2x). Před požitím šátku jí byla dána pouze lehká večeře. Ve 21:00 dostala veškerou premedikaci Diazepam 10 mg tbl. Během podání Diazepamu poučila všeobecná sestra pacientku o tom, že by neměla odpoledně jíst ani pít.

2. den:

Bezprostřední příprava před operací:

V 7:00 pacientka provedla ranní hygienu. Sanitka jí oholila operační pole a sepsala s ní seznam věcí, které si má vzít s sebou po dobu hospitalizace na JIP po operaci. Všeobecná sestra ji obvázala obě dolní končetiny elastickou bandáží a v průběhu toho edukovala o tromboembolické nemoci.

V 7:40 hod. zavedla všeobecná sestra PfiK do vena cubita na levé horní končetině. Dle ordinace lékaře jí byla aplikována ATB Azepo 1,0 g i.v. po 1 hodině před operací jako prevence. Dále dostala Diazepam 10 mg tbl. jako ranní dávku premedikace.

Po operaci:

Pacientka leží na zádech, má antirotaci boty a polohovací klín mezi kolena. Všeobecná sestra sleduje vitální funkce, operační ránu, polohu DK, invazivní vstupy, provádí odběry a podává léky dle ordinace lékaře. Musí se ptát pacienta na intenzitu a charakter bolesti a upravovat bandáže dle potřeby. Vše zaznamená do dokumentace.

3. den

V 6:30 byla zajištěna u pacientky hygiena horní části těla vlefle. Pacientka si omyla obličej pomocí flínky a s ostatními členy pomohla pacientce sanitáka. Upravila lůžko a podložila pacientce paty. Polohovací klín dále zůstává mezi dolními končetinami.

Pacientku navštívila fyzioterapeutka, která s ní procvičila i zdravou dolní končetinu na lůžko a vertikalizovala ji do sedu. Podle ordinace lékaře je nutné provést kontrolní RTG operované končetiny. Pacientku je nutné polohovat s abdukčním klínem mezi kolena a vertikalizovat do sedu jít bez antirotační boty. Pacientka má chuť k jídlu.

4. den

Akutní bolest pacientka pociťuje, ale je tlumená perorálními analgetiky dle ordinace lékaře. Pacientka má naordinovány další léky po celý průběh hospitalizace:

- Pradaxa 75 mg 0-2-0 (antikoagulancia)
- Letrox 75 mg 1-0-0 (hormony)
- Nolpaza 40 mg 1-0-0 (antacida)
- Tralgit 50 mg 1-1-1-1 (analgetika)
- Lexaurin 3 mg 0-0-1/N (hypnotika)

5. a 10. den:

Pacientka se vyprazdňuje pomocí pokojového klozetu a snaží se chodit s berlemi po pokoji. Chůze je nejistá. Osmý den jít zkoušela i chůzi ze schodu a do schodu. Při chůzi pociťuje mírnou bolest. Pomáhá jí ledování končetiny.

Desátý den jsou odstraněny stehy dle ordinace lékaře. Operační rána je bez zarudnutí a sekrece. Byla provedena jodizace rány a zásyp FM. Pacientka je soběstačná ve vyprazdňování, oblékání, hygieně. Chůzi zvládá o dvou francouzských berlích po rovině i ze schodu. Fyzioterapeutkou byla pouhá, fle má končetinu zatílovat z max. 1/3 váhy těla a cvičit pohyb v kyčli. Dále byla pouhá o reffimových opatřeních (vyvarovat se luxačních pohybů, bandážovat DK 3 měsíce). Lékařem jí bylo doporučeno, aby užívala trvale vápník na prevenci osteoporózy. Pacientka byla propuštěna do domácí péče. Vyzvedla si ji rodina. Všeobecná sestra jí předala informační materiál ohledně další péče. Při potíženích může pít kdykoli. Lékař pacientce indikoval lázeňskou péči, léky jí byly vydány na 3 dny.

Posouzení současného stavu pacientky podle klasifikace NANDA International

Podpora zdraví:

Pacientka hodnotí svůj zdravotní stav jako celkem dobrý. Vlastní prodávající onemocnění. Pro zlepšení svého stavu chodí pravidelně na čerstvý vzduch a jí zdravě. K lékaři se snaží chodit vždy, když se její stav zhorší. Pravidelně chodí na gynekologické a stomatologické prohlídky. Navštěvuje alergologii a endokrinologii. Na mamografii byla v roce 2015. K jejím závislostem patří pití kávy, alkohol pije příležitostně a nekouří.

Výživa:

Pacientka se stravuje zdravě, vyhýbá se tučným a mastným jídlům. 1. den po operaci mohla pouze čaj a kašovitou stravu. Stravuje se vícekrát denně po malých porcích. Přijímá stravu a tekutiny bez potíží. Udává, že nemá potíže s polykáním. Občas jí pobolívá flakelka. Proti tomu užívá léky dle ordinace lékaře. Vypije přibližně 2000 ml tekutin denně. Oblíbeným nápojem je neperlivá voda a káva. Nemá zubní protézu a chrup má pravidelně kontrolován. Pacientka trpí nadváhou, váží 54 kg a má 153 cm, BMI 29,6.

Vylučování a výměna

Pacientka udává pravidelnou stolici jedenkrát denně. Stolica má normální konzistenci a fyziologickou barvu, bez přítomnosti krve. Po operaci měla 3 dny zavedený PMK, který odváděl irou slámovou flutou močí. Močení probíhá bez potíží. Nepociťuje pálení ani svědění. Diuréza je normální. Dopomocí vyprazdňování pacientka potřebovala po operaci. Vyprazdňování stolice probíhalo na pokojový klozet. Pátý den po operaci byla zcela soběstačná a chodila sama na pokojový klozet. Sedmý den pacientka došla na WC o dvou francouzských berlích. Potí se přiměně.

Aktivita, odpovědnost

Pacientka udává, že se po operaci cítí unaveně. Má méně energie. Připravená spí, proto dostává léky na spaní dle ordinace lékaře. Pacientka spí asi 8 hodin denně. Pacientka tráví svůj volný čas s manželem, se kterým jezdí občas na dovolené. Pacientka má ráda klid a přírodu. Baví ji číst a popíjet kávu s kamarádkou.

Vnímání a poznávání

Pacientka je přítomná v domě, orientována místem, časem i osobou. Používá brýle na čtení, které má s sebou. Nemá potíže se sluchem a mluví dobře českým jazykem. Udává, že nemá

problém se zapamatováním ani vybavením informací. Pacientka rozumí nutnosti operace a zákroku a věnuje se zákrokem spojené. Adekvátně odpovídá na všechny dotazy.

Vnímání sebe sama

Pacientka se označuje za optimistku. V životě neměla s překonáváním problémů a je se svým dosavadním životem spokojená. Cílevědomost je pro ni typická. Dbá na svůj vzhled, jelikož má svou profesi, kde se denně setkává s lidmi.

Vztahy

Pacientka žije s manželem. Navíc má syna s rodinou. Mají s nimi velmi dobré vztahy. Jelikož pracovala s lidmi, chybí jí lidská společnost, proto ráda vyhledává kamarádky a chodí s nimi do přírody nebo relaxovat. Pacientka je komunikativní a příjemná.

Sexualita

Pravidelné sexuální potíže v průběhu života u pacientky nenastaly. První menstruace se objevila v období 14-15 let. Menopauza nastala v 52 letech.

Zvládání zátlaků, odolnost vůči stresu

Pacientka udává, že stres v souvislosti s operací trochu má. Obávala se bolesti nebo komplikací, které by mohly nastat. Stres si snaží nepřipouštět. Je vyrovnaná a oporu od druhých nerada přijímá. Raději si věnuje sama.

Životní principy

Pacientka je věřící, ale do kostela pravidelně nechodí. Spíše říká, že byla k víře vedená v dětství. Nejdelší je pro ni zdraví a rodina.

Bezpečnost a ochrana

Pacientka má alergii na Penicilin, která se někdy projevila vyrážkou po celém těle a teplotou. Každě je porušená z důvodu operace rány na pravé kyčli, rána se hojí per primam. Redon v drén je pravidelně kontrolován z hlediska funkčnosti a podtlaku, věnuje se v pořádku. Dále má pacientka zavedený periferní žilní katétr, končetina je bez známek zánětu. U pacientky sledávám riziko pádu vzhledem ke snížené soběstačnosti a riziko infekce kvůli pooperačním rázům a vstupům.

Komfort

Pacientka si stěžuje na bolest po operaci v oblasti třísel a operační rány. Bolest popisuje jako tupou. První pooperační den udává bolest na intenzitě VAS 6, bolest je tlumena pomocí Dipidoloru 15 mg s.c. Bolest je asi po hodině ztlumena na intenzitu 4. Nadále je pak tlumena dalšími analgetiky. Bolest pociťuje i při pohybu. Na oddělení jí zatím nic nechybí, personál je pozorný a milý. Prostředí se jí líbí.

Růst a vývoj

Pacientka nemá v období dospívání problémy s růstem i vývojem. Žádné odchylky se neobjevily.

Kód	Zvařovaná o-et ovateľská diagnóza (OD)	Ur uující znaky (UZ)	Související faktory (SF) Rizikové faktory (RF)	P ijetí / nep ijetí OD
00132	Akutní bolest	Expresivní chování, výraz bolesti v oblasti, vlastní hlá-ení bolesti pomocí VAS -kály	Fyzikální p vodci zran ní	P ijala
	00095 Nespavost	Zhor-ený zdravotní stav	T lesný diskomfort, stresory	P ijala
00108	Deficit sebepé e p i koupání	Zhor-ená schopnost dostat se do koupelny	Muskuloskeletální po-kození	P ijala
00109	Deficit sebepé e p i oblékání	Zhor-ená schopnost obléknout si oble ení na dolní ásti t la	Muskuloskeletální po-kození	P ijala
00110	Deficit sebepé e p i vyprazd ování	Zhor-ená schopnost p emístit se na toaletu	Zhor-ená schopnost p emis ovat se	P ijala
00044	Naru-ená integrita tkán	Po-kozená tká	Zhor-ená mobilita	P ijala
	00004 Riziko infekce		Invazivní vstupy	P ijala
00085	Zhor-ená t lesná pohyblivost	Omezený rozsah pohybu	Bolest	P ijala
	00155 Riziko pád		Protéza dolní kon etiny	P ijala
	00162 Snaha zlep-ít pé i o zdraví	Usiluje o zlep-ení managementu rizikových faktor		P ijala
00148	Strach	Poci uje obavy	Neznámé prost edí	P ijala
00011	Zácpa	Snížená frekvence stolice	Zm na ve stravovacích návycích	Nep ijala

Tabulka 4 - O-et ovateľské diagnózy u prvního pacienta

O-et ovatelské diagnózy:

Akutní bolest 00132 (Nespavost - 00095)

Diagnostická doména o Komfort, tída o T lesný komfort

Je standardizovaný název o-et ovatelského problému lov ka, který proflívá nep íjemnou bolest, jefl má intenzitu od st ední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní p edpoklad vymizení do 6 m síc .

Ur ující znaky: Expresivní chování, výraz bolesti v obli eji, vlastní hlá-ení o intenzit bolesti pomocí VAS, vyhledávání antalgické polohy, potífle se spaním, nespokojenost se spánkem, nedostatek energie.

Související faktory: Fyzikální p vodci zran ní (operace), strach, t lesný diskomfort, stresory, environmentální faktory (neznámé prost edí).

Cíle:

- Pacientka bude 1. den hospitalizace um t hodnotit bolest podle VAS -kály od 0 do 10.
- Pacientka bude do 3 hodin po operaci informována, fle bolest m fle být zmírn na analgetiky a o tom, jakým zp sobem ji mohou být analgetika podávána.
- Pacientka bude p l hodiny afl hodinu po podání analgetik uvád t bolest men-í nefl VAS 4 a bolest pro ni bude snesitelná.
- Pacientka bude spolupracovat p i odstran ní bolesti po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka bude dodrřlovat v-echny pokyny od rehabilita ní sestry.
- Pacientka bude v noci spát nep etrřlit alespo 6 hodin.
- Pacientka se bude cítit kařd-é ráno odpo atá.

Intervence:

- Zajisti ve er klid na odd lení.
- P ed spaním vyv trej pokoj a uprav l flko.
- Sleduj ú innost hypnotik podaných p ed spánkem.
- Zji-uj stupe , charakter a intenzitu bolesti dle VAS, zhor-ující faktory bolesti b hem dne, zaznamenej do dokumentace.
- Sleduj neverbální projevy bolesti (grimasy).
- P i udání bolesti VAS 4 a více podávej analgetika dle ordinace léka e a sleduj jejich ú innost do hodiny, zaznamenávej do zdravotnické dokumentace.

- Zmírní bolest i nefarmakologickými prostředky (ledování).
- Zajisti, aby měla pacientka signální zařízení vředy po ruce.
- Vysvětlí pacientce příčinu bolesti do 3 hodin po operaci.
- Zopakuj pacientce, že může zaujmout úlevovou polohu, pečuj o její pohodlí a sleduj pohybové léčebný režim.

Realizace: Když přijela pacientka na oddělení, tak jsem jí dala k ruce signální zařízení a vysvětlila jsem jí, že když bude mít bolesti, že si může zazvonit. Současně byla pacientka edukována na JIP oddělení od lékaře, že bude mít bolesti a proč. Dále jsem jí vysvětlila hodnocení bolesti podle VAS –kály. Hodnocení je od 0 do 10, kdy 1 a 2 je mírná bolest, 3 a 5 střední bolest, 6 a 9 silná bolest, 10 nesnesitelná bolest. Stupeň bolesti jsem během dne zaznamenávala a sledovala jsem i neverbální projevy bolesti a úlevové polohy. Ráno a večer byl vyšetřen pacientce led, který měla přiložený na operační rány. Pacientka odpovídala během dne na pokoji, sledovala televizi, četla knihu nebo si povídala se sousedkou. Před spánkem proběhla úprava lůžka a pokoj byl vyvětrán. V noci se všeobecná sestra snažila zajistit klid na oddělení. Pacientka byla dotazována na kvalitu jejího spánku a na pocit únavy. První noci nespala kvůli bolesti a neznámému prostředku, proto jí byla podána hypnotika dle ordinace lékaře.

Hodnocení: První pooperační den udává bolest intenzity VAS 6, bolest je tlumena pomocí Dipidoloru 15 mg s.c. Bolest se snížila během hodiny na VAS 4. Pacientce jsou nadále podávána analgetika: Paracetamol 1 g i.v. a Novalgin 1 g i.v. Pacientka je orientovaná a chápe dobře příčinu bolesti. V prvních dnech hospitalizace se cítila pacientka po podání hypnotik odpočívající a spala alespoň 8 hodin denně.

00109 Deficit sebepéče při oblékání

00108 Deficit sebepéče při koupání

00110 Deficit sebepéče při vyprazdňování

Diagnostická doména: Aktivita odpočinek, Téma: Sebepéče

Zhoršená schopnost samostatně se obléknout nebo dokončit oblékání.

Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se vyprazdňování.

Určující znaky: Zhoršená schopnost obléknout si potrubné části oděvu (ponožky), zhoršená schopnost obléknout si oblečení na dolní části těla, zhoršená schopnost dostat se do koupelny,

zhoršená schopnost umýt si tělo, zhoršená schopnost přemístit se na toaletu, zhoršená schopnost vstát z toalety.

Související faktory: Muskuloskeletální poškození, bolest, únava, slabost.

Cíle:

- Pacientce bude zajištěna pomoc při oblékání.
- Pacientka si bude schopná umýt horní polovinu těla, bude jí zajištěna pomoc při umytí zad a donesení pomůcek do zbytkového dne hospitalizace.
- Pacientka bude schopná od zbytkového dne hospitalizace sama dojít do koupelny i k umyvadlu a umýt se.
- Pacientka dokáže vyjmenovat rizikové pohyby, které vedou k luxaci a vyvarovat se jim při oblékání i hygieně.
- Pacientka se dokáže vyvarovat riziku pádu při chůzi na toaletu a zavolá si pomoc v případě nejistoty.

Intervence:

- Zajisti pro pacientku potřebné pomůcky.
- Poslouchej pacientku, pozoruj ji přiinnostech, popřípadě zajisti pomoc.
- Poskytni pacientce podporu.
- Respektuj, že pacientka potřebuje čas a také respektuj její rituály.
- Dbej na to, aby pacientka vypadala upravená a čistá.

Realizace:

Pacientka přepočítala, že se o ni někdo musí starat. Při pohybu hodně křivěla a nadávala, ale poslouchala naše instrukce. Při hygieně si byla schopná umýt horní polovinu těla a afloatit den na umyvadlu. Toaleta jí byla zajištěná pomocí podložní mísy, poté pouštěla klozet a na záchod šla těl afloatit den.

Hodnocení:

V oblasti hygieny, oblékání a vyprazdňování byla pacientka při propuštění soběstačná.

00085 Zhoršená tělesná pohyblivost (Riziko pádu 00155, Snaha zlepšit péči o zdraví 00162)

Diagnostická doména: Aktivita, odpočinek, Tělo: Aktivita, cvičení

Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla i jedné nebo více končetin.

Ur ující znaky: Omezený rozsah pohybu, diskomfort, zm na ch ze, usiluje o zlep-ení managementu rizikových faktor .

Související faktory: muskuloskeletální po-kození, bolest, poufívání pom cek (h l), protéza dolní kon etiny, zhor-ená mobilita, poopera ní zotavení.

Cíle

- Pacientka bude postupn vertikalizována do sedu, stoje podle pokyn fyzioterapeutky druhý a t etí den po operaci.
- Pacientka bude edukována o nutnosti klínu mezi koleny po celou dobu hospitalizace.
- U pacientky bude provád n t etí den po operaci nácvik ch ze o dvou francouzských berlích.
- Pacientka bude schopná chodit s holemi po rovin a ze schod na konci hospitalizace, bude se cítit jist .
- Pacientka se bude pohybovat v bezpečném prost edí po celou dobu hospitalizace (odstraníme v-echny p ekáfky v okolí l flka).
- Pacientka bude pou ena p i p ekladu na pokoji o rizicích pádu a o tom, fle má poufívat signaliza ní za ízení.
- Pacientka bude dodrřovat pokyny fyzioterapeuta a nedojde ke komplikacím a pádu po dobu hospitalizace v nemocnici.

Intervence

- Spolupracuj s fyzioterapeutkou a dbej jejich pokyn p i vertikalizaci pacientky.
- Bu nápomocná pacientce p i sedání k jídlu v prvních dnech hospitalizace.
- Zajisti dohled na pacientku p i vstávání z l flka a ch zi t etí den po operaci.
- Chval pacientku za pokroky, které d lá po celou dobu hospitalizace.
- Zajisti pacientce signalizaci k l flku po p íjetí.
- Odstra v-echny p ekáfky z okolí l flka.
- Pomoz pacientce p i ch zi o berlích na WC.
- Dej pacientce blízko l flka kompenza ní pom cky.
- Edukuj pacientku p i p íjmu o komplikacích, které mohou nastat a rizikových pohybech, které k nim vedou.

Realizace

Při přijetí jsem pacientce dala ihned signální zařízení k lůžku a poučila ji, jak se má používat. Po operaci byly odstraněny péřky z okolí lůžka a pacientka měla postranice kvůli riziku pádu. Mezi kolena jí byl dáván abdukční klín. Pacientka byla vertikalizována do sedu první den po operaci. Do stoje to zkusila druhý den po operaci. Poté si přecházela na klozet a následně se učila chodit o berlích.

Hodnocení

Pacientka dbala dle sledných pokynů sestry i fyzioterapeutky. Sestry jí pomáhaly při vertikalizaci do sedu před jídlem a vždy jí připomněly, že musí mít polohovací klín mezi kolena. Pacientka byla orientována a věděla, jak používat signální zařízení. Zpočátku si zvonila o pomoc při vertikalizaci do stoje a při přesunu na klozet. Chodit o berlích se jí dařilo. Byla poučená, že nesmí chodit po kluzké podlahy nebo vstávat, pokud by se jí točila hlava. Pacientka znala antiluxační pravidla od lékaře a dokázala je vyjmenovat.

00044 Narušená integrita tkáně (Riziko infekce 00004)

Diagnostická doména: Bezpečnost, ochrana, Tělo: Tělesné poškození

Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů nebo vazů.

Určující znaky: Poškozená tkáň.

Související faktory: Zhoršená mobilita, chirurgický zákrok, invazivní postupy, změnání peristaltika.

Cíle:

- Pacientka bude poučená o rizicích souvisejících s porušením tkáně na začátku hospitalizace lékařem i sestrou do 3 hodin od hospitalizace.
- U pacientky nedojde ke zhoršení porušené tkáně po dobu hospitalizace.
- Pacientce bude rána sterilně ošetřována a kryta, okolí rány nebude při péči vykazovat známky zánětu po celou dobu hospitalizace.
- Budou používány antidekubitární pomůcky (podložky pod paty) na ochranu proti dekubitům po dobu hospitalizace pacientky.
- Kůže bude etrně ošetřována, bude se sledovat její čistota a suchost.

- Kon etina, kde je zavedený PfiK bude kontrolována sestrou a nebude jevit známky infuzní flebitidy v dob zavedení ani po odstran ní, hodnocení podle Maddona bude 0.
- Sestrou bude kontrolována funk nost Redonova drénu a okolí v jeho blízkosti po celou dobu od zavedení.
- V-eobecná sestra bude kontrolovat funk nost PMK po celou dobu zavedení, bude m ít výdej a bude se ptát na pocity pacientky p i mo ení.

Intervence:

- Dbej na to, aby byla rána vfdy steriln o-et ována, p i o-et ení v-e zaznamenej do dokumentace.
- Sleduj celkové a místní známky infekce, zaznamenávej t lesnou teplotu do dokumentace.
- Sleduj okolí opera ní rány, periferního filního katétru, Redonova drénu.
- M křítí periferního filního katétru každých 48 hodin, p i zavád ní, podávání lék a p evazu postupuj asepticky.
- Zkontroluj místo vpichu a funk nost periferního filního katétru p ed každou manipulací, zapisuj do dokumentace.
- Dezinfikuj ústí katétru p ed podáním infuze, proplachuj katétr p ed a po podání infúze a ptej se na subjektivní pocity (pálení, -típání, bolest).
- Pou pacientku o nutnosti omezení pohybu v míst zavedení periferního filního katétru a zp sobu mytí, aby nedo-lo k namo ení křítí periferního filního katétru a opera ní rány.
- Kontroluj funk nost, podtlak u Redonova drénu, sleduj i jeho okolí, zda nejeví známky zán tu.
- Sleduj charakter a mnofství tekutiny, která odtéká z Redonova drénu.
- Sleduj funk nost PMK, kontroluj, zda je dostate ný výdej mo i a jakou má mo barvu.
- Ptej se pacientky, zda ji to p i mo ení nepálí, ne efe.
- Po odstran ní PMK dle ordinace léka e sleduj, zda se pacientka do dvou hodin vymo í, a sleduj její subjektivní pocity, v-e zapi-do dokumentace.

Realizace:

Operační rána byla převazována dle ordinace lékaře. Vždy sterilně a byla pevně kryta. Sestry sledovaly případné místní a celkové známky infekce a zaznamenávaly tělesnou teplotu do dokumentace každým den. Při zavedení katetru všeobecná sestra dodržela aseptické podmínky a nadále sledovala jeho funkčnost a konečtinu hodnotila podle Madona. Sestry hlídaly funkčnost Redonova drénu, množství a charakteru sekretu, vše bylo zaznamenáno do dokumentace. Pacientka byla poučena o technice mytí, aby nedošlo k namoření sterilně kryté rány a k namoření PfiK. Pacientce byl v prvních těchto dnech pozorován příjem a výdej. Hydratována byla píjením.

Hodnocení:

Sestry převazovaly operační ránu asepticky, popř. asistovaly lékaři při převazu. Rána byla dezinfikovaná Betadinem. Dále kontrolovaly, zda rána neprosakuje nebo zda okolí nejeví známky infekce. Desátý den byly vyjmuty stehy. U pacientky nebyla naměřena v průběhu hospitalizace zvýšená teplota. PfiK sestry nemusely přepíchnout, byl funkční. Pouze krytí bylo vyměněno. Redon v drén neodvádí patologickou sekreci a byl druhý den odstraněn. PMK odvádí iřinou slámovou flutou moč a byl odstraněn třetí den. Pacientka si nenaměřila vodou PfiK ani operační ránu.

00148 Strach

Diagnostická doména: Zvládnání, tolerance, zátěž, Tída: Reakce na zvládnání zátěž

Reakce na vnímané ohrožení, které je v domě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky: Pociťuje obavy, identifikuje příčiny strachu, zaměřením na zdroj strachu.

Související faktory: Neznámé prostředí.

Cíle:

- Pacientka bude dokonale obeznámena s novým prostředím při příjmu na oddělení do 3 hodin od příjmu na oddělení.
- Pacientka se bude cítit v novém prostředí komfortně po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka bude mít podporu rodiny, která ji pravidelně navštívuje.
- Pacientce bude vyhovět ve všech jejích potřebách po dobu hospitalizace.

Intervence:

- Seznam pacientku s prostředím (ukáží, kde je WC, koupelna).

- Komunikuj s pacientkou, vyslechni si její obavy.
- Zeptej se pacientky na její potřeby.
- Zpřijemni pacientce prostředí (rádio, televize).
- Odved pozornost od strachu.

Realizace: Pacientka se koukala na televizi a občas poslouchala radio. Strach se objevil před operací. Největší strach měla pacientka z bolesti a ze zákroku. Věděla ale proběhlo v pořádku a pacientka si snažila pobyt uflívát a dbát na pokyny sestry.

Hodnocení: Pacientka byla statečná a věděla zvládat. Nebála se dotazovat.

Shrnutí: U pacientky byly stanoveny tyto diagnózy:

Akutní bolest, nespavost: Pacientce byla podána informace o VAS-kále a byly jí podávány analgetika dle ordinace lékaře. Analgetika byla účinná a pacientka pocívala bolest po podání vždy méně. Na konci hospitalizace bolest nepocívala. Pro kvalitnější spánek zajistila všeobecná sestra klid na oddělení nebo podala pacientce hypnotika dle ordinace lékaře. Deficit sebedůvěry při koupání, deficit sebedůvěry při oblékání, deficit sebedůvěry při vyprazdňování: Ošetřovatelský personál zajistil pacientce pomoc při vědomých činnostech a pacientka byla na konci hospitalizace samostatná. Narušená integrita tkáně, riziko infekce: Všeobecná sestra postupovala při ošetřování rány sterilně a dle ordinace lékaře. Operační rána byla kryta sterilními obvazy a hojila se per primam. Zhoršená tělesná pohyblivost, riziko pádu, snaha zlepšit péči o zdraví, strach: Pacientka udělala po dobu hospitalizace velké pokroky a došlo ke zlepšení jejího stavu a soběstačnosti.

14 KAZUISTIKA . 2

Pan J. TM pocíval asi ¾ roku bolesti kyčelního kloubu. Při první návštěvě lékaře udával, že ho bolí obě kyčle, ale bolest pravé kyčle pocíuje více. Nejprve docházelo k bolesti při pohybu, ale pak se bolesti přidaly, i když nic nedělal. Pan J. TM používá k chůzi 1 hůl a na bolest uflívá Almiral, který mu předepsal jeho praktický lékař. Dne 10. 10. 2016 byl přijatý na ortopedické oddělení k TEP kyčle vpravo.

Anamnéza:

- o Osobní anamnéza: běžné dýchací nemoci, v minulosti léčen pro astma, nyní 25 let po této stránce v pořádku.
- o Farmakologická anamnéza: pacient trvale uflívá antihypertenziva a statiny.
- o Alergická anamnéza: alergii neguje.

- Sociální anamnéza: žije s manželkou, se kterou má 3 děti.
- Pracovní anamnéza: v současnosti je již ve starobním důchodu, dříve pracoval jako opravář strojů.

Hlavní diagnóza:

- Coxarthrosis l.dx.

Vedlejší diagnózy:

- Dyslipidemie
- Hypertenze od roku 2014
- Stav po operaci poúrazové kontraktury 3. prstu levé ruky

Medikace:

- Prestarium neo Combi 10/2,5 mg 1-0-0 (antihypertenziva)
- Sortis 10 mg 0-0-1 (statiny)

Základní vyšetření a pozorování sestrou z 10. 10. 2016:

Celkový vzhled	upravený, střední postavy
Stav v domě	orientovaný, spolupracuje, GCS: 15
Hydratace	v norm
Výška	192 cm
Hmotnost	103 kg
BMI	27,9 kg/m ²
Puls	70', pravidelný
Dech	18', eupnoe
Krevní tlak	155/90 mm Hg
Telesná teplota	36,6°C, normotermie
Poloha	aktivní
Chůze	kulhavá, chodí o francouzské holi
Rozsah pohybu kloubů	omezený
Stisk ruky, schopnost uchopit předmět	předmět uchopí, stisk ruky je pevný
Zornice	izokorické
Nos, uši	bez patologie, nemá zubní protézu
Dutina ústní, chrup	bez patologické sekrece
Stav kůže	bez otoku, varixů, zánětů
DKK	vlhká, růžová, koflní turgor v norm
Periferní filární katétr	zaveden 11. 10. 2016

Tabulka 5 - Základní vyšetření a pozorování sestrou u druhého pacienta

Testy a -kály:

- Hodnocení rizika pádu: 45 b. ó nízké riziko
- Barthel v test základních v-ědních inností: 75 b. ó lehká závislost
- Hodnocení rizika vzniku dekubit dle Nortonové: 31 b. ó nízké riziko
- Vizuální analogová -kála: (viz. p íloha . 1)
- Hodnocení flebitidy dle Maddona: 0- není bolest ani reakce v okolí

	26.9.2016	referen ní meze
Hemoglobin	147 g/l	120 ó 160 g/l
Hematokrit	0,44 g/l	0,330 ó 0,470 g/l
Leukocyty	6,1*10 ⁹ l	4,2 ó 10,2*10 ⁹ /l
Trombocyty	290*10 ⁹ l	130 ó 420*10 ⁹ l
Erytrocyty	4,69*10 ¹² l	3,9 ó 5,4*10 ¹² l
Protrombinový test	1,5 s	0,8 - 1,25 s
APTT	29,4 s	24 ó 33s
Urea	8,2 mmol/l	2,6 ó 8,2 mmol/l
Kreatinin	72,8 µmol/l	70 ó 115 µmol/l
Kyselina mo ová	401 µmol/l	230 - 480 µmol/l
Na	143 mmol/l	136 ó 144 mmol/l
K	4,66 mmol/l	3,5 ó 5,1 mmol/l
Cl	107 mmol/l	97 ó 108 mmol/l
Bilirubin	11 µmol/l	5 ó 20 µmol/l
ALT	0,67 µkat/l	0,1 ó 0,75 ukat/l
AST	0,41 µkat/l	0,10 ó 0,72 ukat/l
CRP	3,5 mg/l	0,0 ó 10 mg/l
Glykémie	5,1 mmol/l	3,5 - 5,6 mmol/l

Tabulka 6 - Krevní hodnoty u druhého pacienta

- Interní vy-ět ení (krevní obraz, biochemie, sérologie, mo + sediment, mikrobiologie, FW, CRP) - 26. 9. 2016 ó v norm
- Mo + sediment: pH 6,0 (referen ní meze: 4,5 ó 5,5), glukóza, aceton, bilirubin, urobilinogen, aceton negativní, specifická hustota: 1024 kg/m³, v mo í není krev, je írá, flutá
- Serologie: Hepatitis B ó s antigen ó negativní
- Stomatologické vy-ět ení, ORL vy-ět ení

- RTG pravé ky le: zaniklá kloubní štěrba, osteofyty, subchondrální sklerosa, pravá kyčel je relativně delší o 2 cm, extenze do natažení, flexe 90 st. 4. stadium artrózy
- EKG s sin. rytmus, v norm
- RTG srdce, plíce
- Operace není z interního hlediska kontraindikována

Pro lepší přehlednost ošetřovatelské péče byla vytvořena tabulka, kde je popsán průběh hospitalizace pacienta od příjmu až po propuštění.

	1.den od příjmu	2.den od operace	3. den- 1. POOP den	4.den od 2. POOP den	5. den od 3. POOP den	6. - 8. Den	9. od 12. den
Vyšetření (odborní)	Komplexní předoperační interní vyšetření,	KO, biochemie (ionty), glykemie.	KO, biochemie (ionty, urea, kreatinin, jaterní testy), glykemie; RTG		KO, biochemie		
Fyziologické funkce	TK, P	Před operací: TK, P, TT. Po operaci monitorace: TK, P, TT, SpO ₂	TK, P od 3x denně, hypertenze TT od 2x denně, normotermie	TK, P, TT - dvakrát denně	TK, P, TT - dvakrát denně	TK, P, TT - dvakrát denně	TK, P, TT - dvakrát denně
Poloha	Chodí oholí	Vleflé na zádech, polohovací klín mezi kolena, antirotace boty	Vleflé na zádech, polohovací klín mezi kolena, sedí uvele	Posedává bhem dne, úlevová poloha vleflé, stojí	Stojí, nácvik chůze o FB, samostatné přecházení po pokoji	Chůze o FB po pokoji, chůze schodech	Chůze ze schodu, delší vzdálenosti
Přík		Vena cubitální LHK. Hodnocení dle Maddona: 0	Krytí po-kožené, Hodnocení dle Maddona: 0.	Přík ex.			
Infuze		RF 700 ml do 12:00 hod. PL v 5 %G 1000 ml 12 - 20 hod. PL v 5 % G 1000 ml + 40 ml KCl 7,45 % v 20 - 06 hod. Geloplasma 500 ml 12:30 - 17:00 hod.	PL v 5 %G 1000 ml 6 - 18 hod.				

PMK		Zaveden PMK velikosti 16. Mo ó tmav flutá.	PMK funk ní a odvádí tmav flutou írou mo .	PMK je funk ní. Odvádí istou írou mo bez p ím sí krve.	Ex PMK dle ordinace léka e. Pacient se do dvou hodin vymolil.		
P evaz		OP - bez prosaku, steriln krytá. Redon v drén - 200 ml.	RD ó 250 ml, vede krvavý sediment.	OP - dezinfikována Betadine sprayem, poté steriln kryta a pevn zalepena.	Redon v drén odstran n dle ordinace léka e. Obvaz neprosakuje.	Stehy ex. Novikov	
RHB			Vertikalizace do sedu, dechová, kondi ní cvi ení, posilování HK.	Vydrflí sed t u jídla. RHB 1. dne i samostatn . Stojí.	U í se p ejít na pokojový klozet. Ch ze o FB.	Chodí o FB po chodb a do schod s pomocí.	Samostatná ch ze ze schod a do schod .
Bolest	Chronická (3/4 roku)	Novalgin 1 g i.v. v 16:00 Dipidolor 15 mg s.c. v 12:00, 22:00. (VAS 7 se sníflila na VAS 5)	Novalgin 1 g i.v. v 5:45 (VAS 7 se sníflila na VAS 5)	Paramegal 500 mg, 2tbl. VAS 4 ó 6 (VAS 5 se sníflila na VAS 3)	Novalgin 1 amp. i.m. p i VAS 4 ó 6. (VAS 4)	Novalgin 1 amp. i.m. p i VAS 4 ó 6. (VAS 3)	Novalgin 1 amp. i.m. p i VAS 4 ó 6.
Bandáfle DK		Bandáfl LDK	Bandáfle DK	Bandáfle DK	Bandáfle DK	Bandáfle DK	Bandáfle DK
Antikoagulancia Speciální medikace		Pradaxa 220 mg	Pradaxa 110 mg	Pradaxa 110 mg	Pradaxa 110 mg Degan 10 mg p.o.	Pradaxa 110 mg Ambrobene 30 mg 1-1-1	Pradaxa 110 mg

Tabulka 7 - Pr b h hospitalizace u druhého pacienta

Průběh hospitalizace:

1. den:

Příjem pacienta na oddělení:

Pacient J. T. byl přijat 10. 10. 2016 v 10:00 hod. ošetřitelkou lékařem na ortopedické oddělení. Lékař ho poučil o operativním zákroku a zeptal se pacienta na operační místo, které sám poté zkontroloval. Na základě toho ho nechal podepsat stranový protokol. Pacienta přijímaly i sestry, které s ním vyplnily ošetřovatelskou sesterskou anamnézu. Pacient poté podepsal informovaný souhlas s hospitalizací, informovaný souhlas s uložení cenností, s transfuzí krve a souhlas o podání informací jiné osobě. Všeobecná sestra ho odvedla na pokoj. Tam ho seznámila s hospitalizačním řádem a chodem oddělení. S tímto byl navíc edukován o manipulaci s lůžkem a se signalizačním zařízením. Pacienta navštívil na pokoji anesteziolog, který se pacienta zeptal na aktuální stav a vyplnil s ním anesteziologický dotazník. Když bylo vše v pořádku, poučil ho o provedení anestezie (spinální anestezie).

V 18:00 byl pacientovi předán lék (Glycerini supp. 2x), pomocí kterého se musí před operací vyprázdnit. Před požitím by měl jíst pouze lehkou veštinu.

Ve 21:00 podána veštiná premedikace Diazepam 10 mg tbl. U podání je pacient poučen všeobecnou sestrou o tom, že by neměl odpočívat, a 8 hod. před výkonem nic jíst ani pít. Na noc mu jsou dány postranice kvůli prevenci pádu.

2. den:

Bezprostřední příprava před operací

V 6:00 pacient provedl ranní hygienu. Sanitářka mu oholila operační pole a sepsala s ním věci, které si měl vzít s sebou na JIP po operaci. Všeobecná sestra mu obvázala obě dolní končetiny elastickou bandáží a v průběhu toho ho edukovala o tromboembolické nemoci. V 7:00 hod. zavedla všeobecná sestra PíK do vena cubita na levé ruce. Dle ordinace lékaře mu aplikována ATB Azepo 1,0 g i.v. před hodinu před operací jako prevence. Dále dostal jako ranní premedikaci Diazepam 10 mg tbl. Pacient má implantovanou necementovanou endoprotézu.

Pacient v průběhu dne popíjel čaj a veštinu dle diety. Byl neklidný, nicméně usnul a v noci se párkrát probudil.

3. den: (první poopera ní den na JIP)

Ráno pacientovi všeobecné sestry zajistily hygienu horní části těla. Bandáže na dolních končetinách upravily tak, aby nebyly volné a zároveň pacienta nekrtily. Je důležité, aby DK pacienta byly prokrvené. Protože byl pacient neklidný, tak neměly podložky správně na patách. Sestry mu je upravily a ustlaly mu i lůžko. Všeobecná sestra kontroluje, zda není prosáklé krytí operační rány.

Pacient byl popoledne na ortopedické oddělení a od lékaře má předepsané tyto léky:

- Azepo 1 g i.v. 6-14-22 a ex (antibiotika)
- Pradaxa 110 mg 0-2-0 (antikoagulancia)
- Prestarium neo combi 10/2,5 1-0-0 (antihypertenziva)
- Tralgit 50 mg 1-1-1-1 (analgetika-anodyna)
- Sorbifer 1-0-1 (antianemika)
- Lexaurin 3 mg 0-0-1/N7 (hypnotika)

Pacient byl odvezen na kontrolní RTG kyčle. Lékař posoudil výsledný obraz a vyloučil jakékoli změny v luxaci pravého kyčelního kloubu.

4. a 6. den

Ráno jsou bandáže upraveny. Zvláště pata má pacient suché, proto jsou promazány Menalind masť před použitím bandáže. Pacient nepotřebuje dopomoci při hygieně. Při snídani opotřebuje pacient nevolnost, ale nezvracel. Snídání nedojedl. Večer se pacient cítil nachlazený.

7. den

DK jsou prokrvené, suché, promazány a nadále bandážovány. Bandáže pacienta nekrtily. Pacient je více soběstačný a jen občas potřebuje dopomoci při chůzi na WC. Pacient nejeví nevolnost, ale nachlazení se zhoršuje a pacient i kašle. Lékař mu předepsal Ambrobene 30 mg 1-1-1. Krytí neprosakuje, proto nebylo nutné končetinu převazovat.

8. a 10. den

Pacient již odkává hleny a kašel není tak suchý. Je bez teploty. Operační rána se mu neleduje. Chůze do schodů i ze schodů zvládá. Dle ordinace lékaře jsou mu odstraněny stehy a na ránu je aplikován Novikov. Desátý den lékař rozhodl o propuštění domů. Identifikaci

náramek je znehodnocen a pacient odchází v doprovodu rodiny do domácího prostředí. Kontrolu u ortopeda má pacient nařízenou za 3 měsíce. Lékař mu indikoval lázeňskou péči.

Posouzení současného stavu podle klasifikace NANDA International

Podpora zdraví:

Pacient hodnotí svůj zdravotní stav jako zhoršený. V minulosti prodal břišní onemocnění, v minulosti se léčil pro astma, nyní je 25 let po této stránce v pořádku. Svůj zdravotní stav neeviduje. Chodí na pravidelné procházky se svým psem a vnuče se zvládne na dvoře. Na stomatologické prohlídce chodí pravidelně. Navštěvuje kardiologa jednou ročně. Alkohol pije propleštilostně, nekouří.

Výživa:

Pacient se nestravuje pravidelně, jí nejvíce večer. Před spaním nemá tolik času, jelikož se vnuče koní k m a občas pracuje, i když je v dýchání. Má rád českou kuchyni. 1. den po operaci mohl pít pouze čaj a jíst kašovitou stravu. Pijí stravu a tekutiny bez potíží. Udává, že nemá potíže s polykáním. Třetí den hospitalizace pocíval nevolnost a zvracel. Po léčbě, které mu lékař předepsal, se mu trochu ulevilo. Vypije propleštilně 2000 ml tekutin denně. Oblíbeným nápojem je voda a pivo. Nemá zubní protézu a chrup má pravidelně kontrolován. Pacient má normostenickou postavu, netrpí nadváhou. Váží 103 kg, měří 192 cm, jeho BMI je 27,9 kg/m².

Vylučování a výměna

Pacient udává pravidelnou stolicí dvakrát denně. První stolice byla třetí den po operaci. Pacient se vyprázdnil na pokojový klozet. Stolice má normální konzistenci a fyziologickou barvu, bez příměsí krve. Po operaci měl 2 dny zavedený PMK, který odváděl proud slámově flutou moč bez krevní příměsí. Močení probíhá bez potíží. Nepocíuje pálení ani svědění. Diuréza byla na dva dny po operaci. Dopomocí vyprázdňování pacient potřeboval po operaci. Vyprázdňování stolice probíhalo na pokojový klozet. Třetí den po operaci byl zcela soběstačný a chodil se vyprázdňovat na klozet sám. Třetí den pacient došel na WC o dvou francouzských berlích. Zpočátku potřeboval výpomoc. Potí se přiměně.

Aktivita, odpočinek

Pacient udává, že se po operaci cítí unavený. Má méně energie a špatně spí, proto dostává léky na spaní dle ordinace lékaře. Pacienta trápí bolest končetiny, proto je v noci neklidný.

První dny po operaci mu byly dány postranice kvůli prevenci pádu. Pacient spí asi 6 hodin denně. Pacient trávil svůj volný čas koníkem, kterým je myslivost, chodil do lesa se svým psem a tam si odpovídal. Chození do lesa musel omezit kvůli bolesti pravé kyčle.

Vnímání a poznávání

Pacient je přítomný v domě, orientován místem, časem i osobou. Zrak i sluch má v pořádku. Brýle na čtení zatím nepotřebuje. Uvádá, že nemá problém se zapamatováním ani vybavením informací. Pacient rozumí nutnosti operačního zákroku a věděl, co je se zákrokem spojené. Adekvátně odpovídá na všechny dotazy. Občas je nepříjemný na personál.

Vnímání sebe sama

Pacient o sobě říká, že je realista. žádné problémy si nepřipouští a byl celý život flegmatik. Uvádá, že se mu často stávají nálady a na své okolí dokáže být nepříjemný, proto je rád, že je samotný.

Vztahy

Pacient žije s manželkou, s dcerou a její rodinou ve velkém rodinném domě s hospodářstvím. Vztahy jsou mezi nimi dobré. Další dva děti bydlí daleko, ale občas je navštěvují. Pacient je spíše samotný, ale občas zajde do společnosti.

Sexualita

Pacient se odmítl touto oblastí zabývat.

Zvládání zátiže, odolnost vůči stresu

Pacient uvádá, že strach z operace měl. Ale zase se těší, že se mu uleví od bolesti a bude moci více chodit do lesa. Komplikace si nepřipouští. Pacient stres nemá.

Životní principy

Pacient je nevěřící. Věřil pouze sám v sebe. Mezi jeho nejdůležitější hodnoty patří zdraví, peníze a rodina.

Bezpečnost a ochrana

Pacient alergii neudává. Když je porušená z důvodu operační rány na pravé kyčli, rána se hojí per primam. V okolí nebyly zaznamenány žádné známky zánětu. Redon v drénu je pravidelně kontrolován z hlediska funkčnosti a podtlaku, vše je v pořádku. Dále má pacient zavedený

periferní filní katétr, kon etina je bez otoku a zarudnutí. U pacienta sledávám riziko pádu vzhledem ke snížené sob sta nosti a neklidu. Dále sledávám riziko infekce kv li poopera ní rán a vstup m.

Komfort

Pacient si st fluje na bolest po operaci. Bolest popisuje jako ezavou a trvalou. První poopera ní dny udává bolest na intenzit VAS 7, bolest je tlumena pomocí Dolminy 15 mg s.c. Bolest je asi po hodin ztlumena na intenzitu 5. Nadále je pak tlumena dal ími analgetiky. Jelikofl poci oval pacient nauzeu, léka mu místo Paramegalu 500 mg naordinoval Novalgin 1 amp. i.m. Bolest poci uje první dny i v klidu. Vyhledává úlevovou polohu a je neklidný. Na personál je nep íjemný.

R st a vývoj

Pacient nem l v d tství ani v dospívání problémy s r stem í vývojem. fiádné odchylky se neobjevily.

Kód	Zvažovaná ošetřovatelská diagnóza (OD)	Určující znaky (UZ)	Související faktory (SF) Rizikové faktory (RF)	Přijetí / nepřijetí OD
00132	Akutní bolest	Expresivní chování, výraz bolesti v oblasti, vlastní hlášení bolesti pomocí VAS –kály	Fyzikální porvodci zranění	Přijata
	00095 Nespavost	Zhoršený zdravotní stav	Tělesný diskomfort, stresory	Přijata
00108	Deficit sebedůvěry při koupání	Zhoršená schopnost dostat se do koupelny	Muskuloskeletální porkození	Přijata
00109	Deficit sebedůvěry při oblékání	Zhoršená schopnost obléknout si oblečení na dolní část těla	Muskuloskeletální porkození	Přijata
00110	Deficit sebedůvěry při vyprazdňování	Zhoršená schopnost přemístit se na toaletu	Zhoršená schopnost přemísťovat se	Přijata
00044	Narušená integrita tkáně	Porškozená tkáň	Zhoršená mobilita	Přijata
	00004 Riziko infekce		Invazivní vstupy	Přijata
00088	Zhoršená chůze	Zhoršená schopnost ujet požadované vzdálenosti, zhoršená schopnost zdolávat schody	Muskuloskeletální porkození, bolest, strach z pádu	Přijata
	00155 Riziko pádu		Protéza dolní končetiny	Přijata
	00162 Snaha zlepšit péči o zdraví	Usiluje o zlepšení managementu rizikových faktorů		Nepřijata
00134	Nauzea	Dávivý pocit, odpor k jídlu, nauzea	Strach, léčba	Přijata
00148	Strach	Pocit úje obavy	Neznámé prostředí	Přijata
00011	Zácpa	Snížená frekvence stolice	Změna ve stravovacích návycích	Nepřijata

Tabulka 8 - Ošetřovatelské diagnózy u druhého pacienta

O-et ovatelské diagnózy:

- **Akutní bolest 00132 (Nespavost - 00095)**

Diagnostická doména ó Komfort, T ída ó T lesný komfort

Je standardizovaný název o-et ovatelského problému lov ka, který proflívá nep íjemnou bolest, jefl má intenzitu od st ední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní p edpoklad vymizení do 6 m síc .

Ur ující znaky: Expresivní chování, výraz bolesti v obli eji, vlastní hlá-ení o intenzit bolesti pomocí VAS, vyhledávání antalgické polohy, potífle se spaním, nespokojenost se spánkem, nedostatek energie.

Související faktory: Fyzikální p vodci zran ní (operace), strach, t lesný diskomfort, stresory, environmentální faktory (neznámé prost edí).

Cíle:

- Pacient bude 1. den hospitalizace um t hodnotit bolest podle VAS -kály od 0 do 10.
- Pacient bude do t í hodin po operaci informován, fle bolest m fle být zmírn na analgetiky a o tom, jakým zp sobem mu mohou být analgetika podávána.
- Pacient bude hodinu nebo dv hodiny po podání analgetik uvád t bolest men-í nefl VAS 4 a bolest pro n j bude snesitelná.
- Pacient bude spolupracovat p i odstran ní bolesti po celou dobu hospitalizace.
- Pacient bude dodrřovat v-echny pokyny od rehabilita ní sestry po celou dobu hospitalizace.
- Pacient bude v noci spát nep etrřít alespo 6 hodin.
- Pacient se bude cítit kařd-é ráno odpo atý.

Intervence:

- Zajisti ve er klid na odd lení.
- P ed spaním vyv trej pokoj a uprav l flko.
- Sleduj ú innost hypnotik podaných p ed spánkem, zajisti postranice.
- Zji-uj stupe , charakter a intenzitu bolesti dle VAS, zhor-ující faktory bolesti b hem dne, zaznamenej do dokumentace.
- Sleduj neverbální projevy bolesti (grimasy).

- Při udání bolesti VAS 4 a více podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinnost do hodiny, zaznamenávej do zdravotnické dokumentace.
- Zmírni bolest i nefarmakologickými prostředky (ledování).
- Zajisti, aby měl pacient signální zařízení v ruce.
- Vysvětli pacientovi příčinu bolesti do tří hodin po operaci.
- Zopakuj pacientovi, že může zaujmout úlevovou polohu, pečuje o jeho pohodlí a sleduj pohybové reflexy.

Realizace: Když přijel pacient na oddělení, tak jsem mu dala k ruce signální zařízení a vysvětlila jsem mu, že když bude mít bolesti, že si může zazvonit. Současně byl pacient edukován na JIP oddělení od lékaře, že bude mít bolesti a proč. Dále jsem mu vysvětlila hodnocení bolesti podle VAS –kály. Hodnocení je od 0 do 10, kdy 1 a 2 je mírná bolest, 3 a 5 střední bolest, 6 a 9 silná bolest, 10 nesnesitelná bolest. Stupeň bolesti jsem během dne zaznamenávala a sledovala jsem i neverbální projevy bolesti a úlevové polohy. Ráno a večer byl vyměněn pacientovi led, který měl přiložený na operativní ránu. Pacient odpovídal během dne na pokoji. Před spánkem proběhla úprava lůžka sestrou a pokoj byl vyvětrán. V noci se všeobecná sestra snažila zajistit klid na oddělení. Pacient byl dotazován sestrou na kvalitu jeho spánku a na pocit únavy. První noci nespál kvůli bolesti a neznámému prostředku, proto mu byla podána hypnotika dle ordinace lékaře.

Hodnocení: Po operaci ve 12:00 měl pacient bolesti o intenzitě VAS 6. Všeobecná sestra mu aplikovala Dipidolor 15 mg s.c. Bolest se snížila během hodiny na VAS 4. Pacient si ještě spal ve 22:00 hod. proto mu byl znovu podán Dipidolor 15 mg s.c. Pacientovi jsou nadále podávána analgetika per os. Pacient pocíval tvrdý den po operaci nevolnost. Lékař mu upravil medikaci. Při VAS 4 mu bude ordinován Novalgin 1 g i.m. Pacient je orientován a chápe důvod příčinu bolesti. I přesto je neklidný a moc toho nespál, proto mu byla podávána i hypnotika a první 3 dny po operaci byly zajištěny postranice.

00109 Deficit sebepéče při oblékání

00108 Deficit sebepéče při koupání

00110 Deficit sebepéče při vyprázdnování

Diagnostická doména: Aktivita odpočinek, Téma: Sebepéče

Zhoršená schopnost samostatně se obléknout nebo dokončit oblékání.

Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Zhor-ená schopnost samostatn provést nebo dokon it aktivity týkající se vyprazd ování.

Ur ující znaky: Zhor-ená schopnost obléknout si pot ebné ásti od vu (ponofky), zhor-ená schopnost obléknout si oble ení na dolní ásti t la, zhor-ená schopnost dostat se do koupelny, zhor-ená schopnost umýt si t lo, zhor-ená schopnost p emístit se na toaletu, zhor-ená schopnost vstát z toalety.

Související faktory: Muskuloskeletální po-kození, bolest, únava, slabost.

Cíle:

- Pacientovi bude zaji-t na pomoc p i oblékání alespo první t i dny hospitalizace.
- Pacient si bude schopný umýt horní polovinu t la, bude mu zaji-t na pomoc p i umytí zad a donesení pom cek prvních 5 dní hospitalizace.
- Pacient bude schopný na konci hospitalizace sám dojít do koupelny i k umyvadlu a umýt se.

Intervence:

- Zajisti pro pacienta pot ebné pom cky p i ranní hygien .
- Umyj pacientovi záda p i ranní hygien , pomoz mu umýt dolní polovinu t la, upravuj bandáfle.
- Poslouchej pacienta, pozoruj ho p i innostech, pop ípad zajisti pomoc.
- Poskytni pacientovi oporu, povzbuzuj ho, chval ho p i nácviku sebepé e.
- Respektuj, fle pacient pot ebuje as a také respektuj jeho rituály, dej mu pot ebný as.
- Dbej na to, aby pacient vypadal upraven a ist po celou dobu hospitalizace.

Realizace:

Pacient -patn sná-el, fle se o n j n kdo musí starat. Byl nep íjemný na personál a pomoc odmítal. P i hygien si byl schopný umýt horní polovinu t la. T etí den po operaci -el o dvou francouzských holích s dopomocí sestry k umyvadlu. Toaleta mu byla zaji- ována pomocí pokojového klozetu a mo ovou lahví po odstran ní PMK. tvrtý den za al poufívat WC.

Hodnocení:

V oblasti hygieny, oblékání a vyprazd ování byl pacient p i propu-t ní sob sta ný.

00044 Naru-ená integrita tkán (Riziko infekce 00004)

Diagnostická doména: Bezpe nost, ochrana, T ída: T lesné po-kození

Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů nebo vazů.

Určující znaky: Poškozená tkáň.

Související faktory: Zhoršená mobilita, chirurgický zákrok, invazivní postupy, změna peristaltika.

Cíle:

- Pacient bude poučen o rizicích souvisejících s porušením tkáně na začátku hospitalizace lékařem i sestrou.
- U pacienta nedojde ke zhoršení porušené tkáně po dobu hospitalizace.
- Pacientovi bude rána sterilně ošetřována a kryta, okolí rány nebude přítomná evazu vykazovat známky zánětu.
- Budou používány pomůcky (podložky pod paty) na ochranu proti dekubitům po dobu hospitalizace pacienta.
- Kůže bude ošetřována, bude se sledovat její čistota a suchost.
- Končetina, kde je zavedený PfiK bude kontrolována sestrou a nebude jevit známky infuzní flebitidy v době zavedení ani po odstranění.
- Sestrou bude kontrolována funkčnost Redonova drénu a okolí v jeho blízkosti po celou dobu od zavedení.
- Všeobecná sestra bude kontrolovat funkčnost PMK po celou dobu zavedení, bude měřit výdej a bude se ptát na pocity pacienta přítomnosti.

Intervence:

- Dbej na to, aby byla rána vždy sterilně ošetřována, přítomnost ošetření vždy zaznamenej do dokumentace.
- Sleduj celkové a místní známky infekce, zaznamenávej tělesnou teplotu do dokumentace.
- Sleduj okolí operační rány, periferního filního katétru, Redonova drénu.
- Měj krytí periferního filního katétru každých 48 hodin, přítomnost závad, podávání léků a přítomnost evazu postupuj asepticky.
- Zkontroluj místo vpichu a funkčnost periferního filního katétru před každou manipulací, zapisuj do dokumentace.
- Dezinfikuj ústí katétru před podáním infuze, proplachuj katétr před a po podání infuze a ptěj se na subjektivní pocity (pálení, típnání, bolest).

- Poučte pacienta o nutnosti omezení pohybu v místě zavedení periferního filního katétru a zpusobu mytí, aby nedošlo k namoření krytí periferního filního katétru a operativní rány.
- Kontrolujte funkci, podtlak u Redonova drénu, sledujte i jeho okolí, zda nejeví známky zánětu.
- Sledujte charakter a množství tekutiny, která odtéká z Redonova drénu.
- Sledujte funkci PMK, kontrolujte, zda je dostatečný výdej moči a jakou má moč barvu.
- Ptejte se pacienta, zda ho to pichnutí nepálí, neefer.
- Po odstranění PMK dle ordinace lékaře sledujte, zda se pacient do dvou hodin vymočí do močové lavi, a sledujte jeho subjektivní pocity, vše zapište do dokumentace.

Realizace:

Operativní rána byla pevazována dle ordinace lékaře. Vždy sterilně. Byla pevně kryta. Sestry sledovaly případné místní a celkové známky infekce a zaznamenávaly tělesnou teplotu do dokumentace každým den. Při zavedení katétru všeobecná sestra dodržela aseptické podmínky a nadále sledovala jeho funkci a končetinu hodnotila podle Madona. Sestry hlídaly funkci Redonova drénu, množství a charakteru sekretu, vše bylo zaznamenáno do dokumentace. Pacient byl poučen o zpusobu mytí, aby nedošlo k namoření sterilně kryté rány a k namoření PfiK. Pacientovi byl v prvních těchto dnech pozorován příjem a výdej. Hydratován byl píjemem.

Hodnocení:

Sestry pevazovaly operativní ránu asepticky, popř. asistovaly lékaři při pevazu. Rána byla dezinfikovaná Betadinem. Dále kontrolovaly, zda rána neprosakuje nebo zda okolí nejeví známky infekce. Desátý den byly vyjmuty stehy a rána byla ošetřena Novikovem. U pacienta nebyla naměřena v průběhu hospitalizace zvýšená teplota. PfiK sestry nemusely přepíchnout, byl funkční. Pouze krytí bylo vyměněno, protože byl pacient neklidný a krytí si nehlídal. Redon v drén neodváděl patologickou sekreci a byl pátý den po operaci odstraněn. PMK odváděl s pomocí slámové flutou moč a byl odstraněn druhý den. Pacient si nemočil vodou PfiK ani operativní ránu.

00088 Zhor-ená ch ze (00155 Riziko pádu)

Diagnostická doména: Aktivita-odpo inek, Tída: Aktivita-pohyb

Omezení nezávislého pohybu v prost edí p i ch zi.

Ur ující znaky: Zhor-ená schopnost ujít pofladované vzdálenosti, zhor-ená schopnost zdolávat schody.

Související faktory: Muskuloskeletální po-kození, bolest, strach z pádu, zhor-ená rovnováha, protéza dolní kon etiny, poopera ní zotavení, zhor-ená mobilita, neznámé prost edí, protéza dolní kon etiny, pouffívání pom cek.

Cíle:

- Pacient bude postupn vertikalizován do sedu, stoje podle pokyn fyzioterapeutky druhý a t etí den po operaci.
- Pacient bude edukován o nutnosti polohovacího klínu mezi koleny po celou dobu hospitalizace.
- U pacienta bude provád n druhý den po operaci nácvik ch ze o dvou francouzských berlích.
- Pacient bude schopný chodit s holemi po rovin a ze schod na konci hospitalizace, p i ch zi bude se cítit jist .
- Pacient se bude pohybovat v bezpečném prost edí po celou dobu hospitalizace (odstraníme v-echny p ekáfky v okolí l flka).
- Pacient bude pou en p i p ekladu na pokoji o rizicích pádu a o tom, fle má pouffívát signaliza ní za ízení.
- Pacientka bude dodrřovat pokyny fyzioterapeuta a nedojde ke komplikacím a pádu po dobu hospitalizace v nemocnici.

Intervence:

- Spolupracuj s fyzioterapeutkou a dbej jejich pokyn p i vertikalizaci pacientky.
- Bu nápomocná pacientovi p i sedání k jídlu v prvních dnech hospitalizace.
- Zajisti dohled na pacienta p i vstávání z l flka a ch zi t etí den po operaci.
- Chval pacienta za pokroky, které d lá po celou dobu hospitalizace.
- Zajisti pacientovi signalizaci k l flku po p íjetí na odd lení.
- Odstra v-echny p ekáfky z okolí l flka p i p ekladu pacienta na odd lení.
- Pomoz pacientovi p i ch zi o berlích na WC.
- Dej pacientovi blízko l flka kompenza ní pom cky (francouzské berle).

- Edukuj pacienta p i p íjmu o komplikacích, které mohou nastat a o rizikových pohybech, které k nim vedou.

Realizace:

P i p íjetí pacienta na odd lení a na pokoj zajistila v-eobecná sestra signaliza ní za ízení k l fku a pou íla ho, jak se má pou ívat. Pacient m l zaji-t né postranice kv li prevenci pádu na noc. Po operaci byly odstran ny p ekáfky z okolí l fka a pacient m l postranice kv li riziku pádu. Mezi kolena mu byl dáván abduka ní klín. Pacient byl vertikalizován do sedu s polohovacím klínem mezi koleny první den po operaci. Do stoje to zkusil druhý den po operaci. Poté si p echázel na pokojový klozet a následn se u il ch zi o berlích. Berle m l pacient blízko l fka.

Hodnocení:

Pacient byl na personál nep íjemný a nedbal d sledn pokyn sester i fyzioterapeutky. Sestry mu pomáhaly p i vertikalizaci do sedu p ed jídlem a v fdy mu p ipomn ly, že musí mít polohovací klín mezi koleny. Pacient byl orientován a v d l, jak pou ívat signaliza ní za ízení. Pacient se snažil být samostatný a o pomoc p i vertikalizaci do stoje a p i p esunu na klozet si zvonil velice z ídka. Byl u n j tedy pot eba zvý-ený dohled. Ch ze o berlích se mu da íla. Berle si dával blízko l fka, aby nechodil bez nich. Byl pou en, že nesmí chodit po kluzké podlaze nebo vstávat, pokud by se mu to íla hlava. Pacient znal antiluxa ní pravidla od léka e i sester a dokázal je vyjmenovat.

Nauzea 00134

Diagnostická doména: Komfort, T ída: T lesný komfort

Subjektivní, nep íjemný a vlnovitý pocit v zadní ásti hrdla a flaludku, který m že nebo nemusí mít za následek zvracení.

Ur ující znaky: Dávivý pocit, odpor k jídlu, nauzea.

Související faktory: Strach, lé ba.

Cíle:

- Pacient se bude po podání lék dle ordinace léka e cítit lépe.
- Pacient bude mít komfortní prost edí po celou dobu hospitalizace.
- Pacient bude lefet ve vzp ímené poloze na l fku p i nauzeu.

- Pacient bude mít u sebe emitní misku.
- Pacient bude v d t p í iny nauzey, m fle se na cokoli zeptat.
- Pacient bude mít chu k jídlu.

Intervence:

- Podej pacientovi emitní misku k l fku p í nauzee.
- Uprav pacientovi l fko tak, aby lefel ve vzp ímené poloze.
- Zeptej se pacienta na pocity, pou ho o p í in nauzey.
- Sleduj ú innost lék podaných na nevolnost.
- Podn cuj pacienta k chuti k jídlu.
- Podej pacientovi mén dráfdivé a chutné jídlo na flaludek.
- Zajisti zvý-ený dohled na pacienta.
- Zajisti pacientovi klid a uprav mu l fko tak, aby se cítil pohodln .

Realizace: Těstý den v 17:00 poci oval pacient nauzeu a následn se vyzvracel. Dostal Degan 10 mg p.o. dle ordinace léka e. Ve er poci oval úlevu. P í snídání op t poci oval pacient nevolnost, ale nezvracel. Snídání nedojedl. Léka na základ nauzey upravil ordinaci analgetik. Pacient dostával Novalgin 1 g i.m. a jifl mu bylo lépe.

Hodnocení: Pacient se po podání lék na nevolnost cítil lépe. P í inou nevolnosti byla analgetika podávaná per os.

00148 Strach

Diagnostická doména: Zvládání, tolerance zát fle, T ída: Reakce na zvládání zát fle

Reakce na vnímané ohrofení, které je v dom rozpoznáno jako nebezpe í.

Ur ující znaky: Poci uje obavy, identifikuje p edm t strachu, zam ení na zdroj strachu

Související faktory: Neznámé prost edí.

Cíle:

- Pacient bude dokonale obeznámený s novým prost edím p í p íjmu na odd lení do 3 hodin od p íjmu na odd lení.
- Pacient se bude cítit v novém prost edí komfortn po celou dobu hospitalizace.
- Pacient bude mít podporu rodiny, která ho pravideln nav-t vuje.
- Pacientovi bude vyhov no ve v-ech jeho pot ebách po dobu hospitalizace.

Intervence:

- Seznam pacienta s prostředím (ukáží, kde je WC, koupelna).
- Komunikuj s pacientem, vyslechni si jeho obavy.
- Zeptej se pacienta na jeho potřeby.
- Zpřijemni pacientovi prostředí (rádio, televize, časopisy).
- Odved pozornost od strachu.

Realizace: Pacient s personálem a ostatními pacienty komunikoval z lůžka. Na personál byl občas nepřijemný. Strach se objevil před operací i po operaci. Největší strach měl pacient ze zákroku. Bolest ho trápila a pacient byl zejména po operaci neklidný.

Hodnocení: Pacient byl po operaci soběstačný, snažil se vstát sám. Sestry na něj musely více dohlížet, jelikož byl neklidný.

Shrnutí: U pacienta byly stanoveny tyto diagnózy: Strach, nauzea, zhoršená chuť, riziko pádu, riziko infekce, narušená integrita tkáně, deficit sebepečení při vyprazdňování, deficit sebepečení při oblékání, deficit sebepečení při koupání, nespavost, akutní bolest. Třetí den po operaci pacient nauzeu a následně se vyvracel. Dostal Degan 10 mg p.o. dle ordinace lékaře. Večer po operaci úlevu. Při snídání opět po operaci pacient nevolnost, ale nezvracel. Snídání nedojedl. Lékař na základě nauzey upravil ordinaci analgetik. Pacient dostával Novalgin 1 g i.m. a již mu bylo lépe. Analgetika byla proti bolesti účinná a pacient byl v rámci sebepečení na konci hospitalizace samostatný.

15 KAZUISTIKA 3

Paní B. P., 72 let, byla plánovaně přijata 5. 10. 2016 v 11:00 hod. na standardní ortopedické oddělení k implantaci TEP kyčle vlevo. Paní B. P. absolvovala v roce 2009 TEP pravého kyčelního kloubu a cítila se spokojena. Po 3 letech začala pociťovat bolesti kyčle vlevo. Tato bolest se objevovala nejprve při pohybu, ale postupem času i v noci a v klidu. Na bolest pacientka užívala analgetika, která zabírala, ale pak už nebyla účinná. Když nepoužívá hole. Navštívila ortopedickou ambulanci a na základě RTG snímku jí lékař indikoval operaci.

Anamnéza:

- o Osobní anamnéza: prodělala bakteriální nemoci.
- o Rodinná anamnéza: 1 syn zemřel ve dvou letech na leukémii.
- o Farmakologická anamnéza: pacientka trvale užívá antihypertenziva.
- o Alergická anamnéza: alergie nemá.

- Sociální anamnéza: žije s manželem, se kterým má 3 děti.
- Gynekologická anamnéza: 4 porody, 1 potrat, menopauza.
- Pracovní anamnéza: v současnosti dělnice, dříve pracovala jako účetní.
- Transfuze: 1krát ATF.

Hlavní diagnóza:

- Coxarthrosis 1. sin.

Vedlejší diagnózy:

- St. p. fr. pravý bérce 1993
- St.p. TEP ky le vpravo 2. 10. 2009
- Hypertenze od 2009

Medikace:

- Indap 1-0-0 (antihypertenziva)

Základní vyšetření a pozorování sestrou z 5. 10. 2016:

Celkový vzhled	upravená, střední postavy
Stav v domě	orientovaná, spolupracuje, GCS: 15
Výška	164 cm
Hmotnost	81 kg
BMI	30,1 kg/m ²
Puls	76', pravidelný
Krevní tlak	145/80 mm Hg
Dech	14', eupnoe
Telesná teplota	36,3°C, normotermie
Poloha	aktivní
Chůze	normální
Stisk ruky, schopnost uchopit předmět	předmět uchopí, stisk ruky je pevný
Zornice	izokorické
Nos	bez sekrece
Dutina ústní, chrup	má horní i dolní zubní protézu
Zrak	zhoršený, nosí brýle na čtení i na dálku
Sluch	nedoslýchavost
Stav kůže	vlhká, kofní turgor v norm
Periferní filní katétr	8.10.2016

Tabulka 9 - Základní vyšetření a pozorování sestrou u tohoto pacienta

Testy a škály:

- Hodnocení rizika pádu: 30 b. ó nízké riziko
- Barthel v test základních v-ědních inností: 90 b. ó lehká závislost
- Hodnocení rizika vzniku dekubit dle Nortonové: 30 b. ó fládné riziko
- Vizuální analogová škála: (viz. p íloha . 1)
- Klasifikace tífle flebitidy dle Maddona: 0 b. ó není bolest ani reakce v okolí

Vy-ět ení:

- Interní vy-ět ení (krevní obraz, biochemie, sérologie, mo + sediment, mikrobiologie, FW, CRP) - 21. 9. 2016 ó v norm

	21.9.2016	referen ní meze
Hemoglobin	110 g/l	120 ó 160 g/l
Hematokrit	0,320 g/l	0,330 ó 0,470 g/l
Leukocyty	$5,5 \cdot 10^9/l$	4,2 ó $10,2 \cdot 10^9/l$
Trombocyty	$236 \cdot 10^9/l$	130 ó $420 \cdot 10^9/l$
Erytrocyty	$3,9 \cdot 10^{12} /l$	3,9 ó $5,4 \cdot 10^{12} /l$
INR	0,95	1,0 - 1,25 s
APTT	29,4 s	24 - 33 s
Krevní skupina	A+	
Urea	4,2 mmol/l	2,6 ó 8,2 mmol/l
Kreatinin	68 $\mu\text{mol/l}$	70 ó 115 $\mu\text{mol/l}$
Kyselina mo ová	333 $\mu\text{mol/l}$	230 - 480 $\mu\text{mol/l}$
Na	139 mmol/l	136 ó 144 mmol/l
K	3,3 mmol/l	3,5 ó 5,1 mmol/l
Ho ík	0,85 mmol/l	0,70 - 1,0 mmol/l
Fosfor	1,22 mmol/l	0,65 - 1,61 mmol/l
Cl	104 mmol/l	97 ó 108 mmol/l
Bilirubin	8,9 $\mu\text{mol/l}$	5 ó 20 $\mu\text{mol/l}$
ALT	0,74 $\mu\text{kat/l}$	0,1 ó 0,75 $\mu\text{kat/l}$
ALP	1,65 $\mu\text{kat/l}$	0,66 ó 2,2 $\mu\text{kat/l}$
AST	0,56 $\mu\text{kat/l}$	0,10 ó 0,72 $\mu\text{kat/l}$
CRP	5,1 mg/l	0,0 ó 10 mg/l
Glykémie	6,5 mmol/l	3,5 - 5,6 mmol/l

Tabulka 10 - Krevní hodnoty u t etího pacienta

- Mo + sediment: írá, slámov flutá; bílkovina, glukoza, aceton, bilirubin, urobilinogen, aceton negativní, není hematurie
- Mikrobiologie: Kvantitativní bakteriurie: Staphylococcus species koagulaza negativní 10^3 , Streptococcus alfa-hemolyticus 10^3

- Stomatologické vyšetření o chrup pravidelně sanován ORL vyšetření
- Gynekologické vyšetření, menopauza
- RTG pravé kyčle: zkratek 1 cm, pohyb flexe 80 st., abdukce 20 st., addukce a rotace 15 st., zaniklá kloubní štěrbinová, sklerosa, osteofyty o 4. stadium artrózy
- EKG o sin. rytmus, v norm
- RTG srdce, plíce
- Operace není z interního hlediska kontraindikována

Pro lepší přehlednost ošetřovatelské péče byla vytvořena tabulka, kde je popsán průběh hospitalizace pacienta od přijmu až po propuštění.

	1.den od přijmu	2.den - operace	3. den- 1. POOP den	4.den od 2. POOP den	5. den od 3. POOP den	6. od 8. Den	9. od 12. den
Vyšetření (odborní)	Komplexní předoperační interní vyšetření.	KO, biochemie (ionty), glykemie.	KO, biochemie (ionty, urea, kreatinin, jaterní testy), glykemie; RTG.		KO (Hb, Htk, Ery) od mírně snížené.		
Fyziologické funkce	TK, P	Před operací: TK, P, TT. Po operaci monitorace: TK, P, TT, SpO ₂ .	TK, P od 3x denně, hypotenze , TT od 2x denně, normotermie.	TK, P, TT - dvakrát denně.	TK, P, TT - dvakrát denně.	TK, P, TT - dvakrát denně.	TK, P, TT - dvakrát denně.
Poloha	Kulhavá chůze bez FB.	Vleže na zádech, polohovací klín antirotační bota.	Vleže na zádech, polohovací klín mezi kolena, úlevová, sedí uvele.	Sed s polohovacím klínem bhem dne.	Stojí, chůze o FB, samostatně přecházení po pokoji.	Chůze o FB po pokoji, chodba.	Chůze ze schodu, do schodu.
Přik		Vena cubita - PHK. Zhodnocení dle Maddona: 0	Přik od funkční Hodnocení horní končetiny podle Maddona: 0.	Přik ex.			
Infuze		RF 600 ml do 14:00 hod. PL v 5 %G 1000 ml 14 - 22 hod.					

PMK		PMK velikosti 18. Mo - tmav flutá.	PMK funk ní a odvádí tmav flutou irou mo .	PMK- funk ní. Odvádí istou irou mo bez p ím sí krve. Pacientka nepoci uje pálení, ezání.	Ex PMK dle ordinace léka e. Pacientka se do dvou hodin vymola. Nepoci uje pálení i ezání.		
P evaz		OP - bez prosaku, steriln krytá. Redon v drén ó 300 ml.	Redon v drén - 250 ml krvavého sedimentu. OP bez prosaku, steriln krytá.	Redon v drén ó 100 ml krvavého sedimentu. Obvaz neprosakuje.	Obvaz lehce prosakoval, OP ó klidná. B hem p evazu byl vytaflen Redon v drén, který odvedl 50 ml za noc.		Stehy ex. Jodizace rány a zásyp FM.
RHB		Vertikalizace do sedu, dechová, kondi ní cvi ní, posilování HK.	Samostatný sed, RHB z 1. dne i samostatn .	Dechová cvi ní, cévní cviky a izometrická cvi ní, posazení na l flku, postavení a ch ze o 2 FB.	V pr b hu dne pacientka chodila po odd lení o dvou francouzských holích.	Ch ze o dvou francouzských holích ze schod a do schod .	Ch ze na delí vzdálenost, ze schod a do schod .
Bolest	Chronická (4 roky)	Dipidolor 15 mg s.c. v 14:30, 22:00 Sufentanil 0,01 mg v 19:00 (VAS 7 se snížila na VAS 5)	Dipidolor 15 mg s.c. v 6: 00 (VAS 6 se snížila na VAS 4)	Paramegal 500 mg, 2tbl. (VAS 5)	Paramegal 500 mg, 2tbl. (VAS 4)	Paramegal 500 mg, 2tbl. (VAS 3)	Paramegal 500 mg, 2tbl.
Bandáže DK		Bandáž PDK	Bandáže DK	Bandáže DK	Bandáže DK	Elastické pun ochy	Elastické pun ochy
Antikoagulancia		Pradaxa 110 mg	Pradaxa 110 mg	Pradaxa 110 mg	Pradaxa 110 mg	Pradaxa 110 mg	Pradaxa 110 mg

Tabulka 11 - Pr b h hospitalizace u t etího pacienta

Průběh hospitalizace:

1. den

Příjem na oddělení:

Pacientka B. P. byla přijata 5. 10. 2016 v 11:00 hod. ošetřujícím lékařem na ortopedické oddělení. Lékař ji vyšetřil a popsal operativní zákrok a zeptal se na operační místo, které sám poté zkontroloval. Na základě toho ji nechal podepsat stranový protokol. Pacientku přijímaly i sestry, které s ní vyplnily ošetřovatelskou sesterskou anamnézu. Pacientka poté podepsala informovaný souhlas s hospitalizací, informovaný souhlas s uložení cenství, s transfuzí krve a souhlas o podání informací jiné osob. Všeobecná sestra ji odvedla na pokoj. Tam ji seznámila s hospitalizačním řádem a chodem oddělení. Na pokoji byla navíc edukována o manipulaci s lůžkem a se signalizačním zařízením. Odpoledne pacientku navštívil na pokoji anesteziolog, který se pacientky zeptal na aktuální stav a vyplnil s ní anesteziologický dotazník. Když bylo vše v pořádku, popsal ji o provedení anestezie (spínání anestezie).

V 18:00 byl pacientce předán všeobecnou sestrou lépek (Glycerini supp. 2x), pomocí kterého se musí před operací vyprázdnit. Před požitím by měla jíst pouze lehkou veštinu.

Ve 21:00 podána veštinu premedikace Diazepam 10 mg tbl. U podání je pacientka poučena všeobecnou sestrou o tom, že by neměla odpoledně jíst ani pít. Na noc dala všeobecná sestra na lůžko postranice kvůli prevenci pádu.

2. den (den operace)

V 7:00 pacientka provedla ranní hygienu. Sanitarka jí oholila operační pole a sepsala s ní vci, které si měla vzít s sebou na JIP po operaci. Všeobecná sestra jí obvázala levou dolní končetinu elasticou bandáží a v průběhu toho ji edukovala o tromboembolické nemoci. V 7:00 hod. zavedla všeobecná sestra PfiK do vena cubita na pravé horní končetině. Dle ordinace lékařka jí aplikována ATB Azepo 1,0 g i.v. před operací jako prevence. Dále dostala jako ranní premedikaci Diazepam 10 mg tbl.

Pacientka v průběhu dne popíjela čaj a veštinu dle diety. Všeobecná sestra monitorovala bolest, vitální funkce, stav operační rány, polohu DK. Kontrolovala invazivní vstupy. Vše zapsala do dokumentace.

3. den

Ráno pacientce všeobecné sestry zajistily hygienu horní části těla a oblékly ji noční košili. Bandáže na dolních končetinách upravily tak, aby nebyly volné a zároveň pacientku nekrtily. Je důležité, aby DK pacientky byly prokrvené. Sestry upravily podložky pod patami a ustlaly lůžko. Všeobecná sestra kontroluje, zda není prosáklé krytí operativních rány.

Při poplasku na standardní oddělení nebyly objeveny žádné opruzeniny či dekubity postele.

Na oddělení je nutné monitorovat fyziologické funkce dvakrát denně dle ordinace lékaře. Pacientka se necítí dobře. Na oběd snědla polovinu porce. Fyzioterapeutka vertikalizovala pacientku do sedu, ale točila se jí hlava, proto procvičovala svalstvo horních končetin vleže a zdravé končetiny na lůžku. Léky dle ordinace lékaře, které musí brát jsou:

- Azepo 1 g i.v. 6-14-22 a ex (antibiotika)
- Pradaxa 110 mg 0-2-0 (antikoagulancia)
- Indap 1-0-0 (antihypertenziva)
- Aescin 2-2-2 (venofarmaka)
- Tralgit 50 mg 1-1-1-1 (analgetika-anodyna)
- Lexaurin 3 mg 0-0-1/N7 (hypnotika)

Pacientka byla odvezena na kontrolní RTG kyčle. Lékař posoudil výsledný obraz a vyloučil jakékoli změny v luxaci levého kyčelního kloubu.

4. den

Pacientka se cítila lépe než v předchozích dnech. Všeobecná sestra jí dopomohla s ranní hygienou na lůžku (umytí zad a dolních končetin) a s obléknutím noční košile. Zkontrolovala pacientce předilek ní místa (sakrum, paty), zda jsou bez otlaku a zčervenání. Pacientce namazala záda Voltaren gelem a vrstvou Menalindu, namazala paty a sakrální oblast. Poté upravila lůžko. V rámci prevence TEN pacientce doporučila, aby více pila a upravila jí bandáže na DK.

Pacientka si ráno došla sama k umyvadlu. Všeobecná sestra jí upravila bandáže na DK, promazala záda a paty.

5. 6 10. den

Pacientka byla jedenáctý den kolem poledne propuštěna domů na dobu 3 týdnů. Poté bude následovat 3 týdenní rehabilitační péče v lázních, které si pacientka vybere. Pacientka byla od sestry edukována, aby nosila každý den elastické punčochy. Pokud bude mít pacientka bolesti, může užívat kterýkoliv dostupný lék na bolest. V případě výskytu jakékoliv komplikace by měla ihned navštívit lékaře. Fyzioterapeutka paní B.P. popoučila, aby cvičila naučené cviky alespoň 5krát denně. Pacientka si vzala domů edukační leták, který dostala na začátku hospitalizace.

Posouzení současného stavu podle klasifikace NANDA International

Podpora zdraví:

Pacientka hodnotí svůj zdravotní stav jako mírně zhoršený. V dětství prodělala bronchitidu a onemocnění. Pro zlepšení svého stavu chodí s vnoučaty a se psem na nedaleké hřiště a spravuje zahradu a zvířata na dvoře. K lékaři se chodit bojí, ale má podporu rodiny, která ji k tomu pomůže. Na preventivní gynekologické prohlídce byla před patnácti lety naposled. Na stomatologické prohlídce chodí jednou za rok. Na mamografii byla v roce 2014. Pacientka nekouří, nepije kávu ani alkohol.

Výživa:

Pacientka ráda jí, na zdravé jídlo si nepotrpí, nejraději má buchty a kvačky. Snadně se alespoň jíst vícekrát denně. 1. den po operaci mohla pouze jíst a kašovitou stravu. Pijí stravu a tekutiny bez potíží. Udává, že nemá potíže s polykáním. Po operaci jí bylo nevolno, ale nezvracela. Vypije přibližně 2000 ml tekutin denně. Oblíbeným nápojem je neperlivá voda nebo čaj a melba. Má zubní protézu, horní i dolní. Pacientka trpí obezitou 1. stupně, váží 81 kg, měří 164 cm.

Vylučování a výměna

Pacientka udává, že má stolicí jedenkrát za tři dny. Stolice má normální konzistenci a fyziologickou barvu, bez přítomnosti krve. Po operaci měla 3 dny zavedený PMK, který odvádí lymfou slámovou flutou močí. Moci probíhá bez potíží. Nepociťuje pálení ani svědění. Pacientka občas trpí na zápníky močového měchýře. Před operací zápníky vyléčila. Diuréza měla první dva dny po operaci. Dopomocí vyprázdnění pacientka potřebovala po prvních třech dnech po operaci. Vyprázdnění stolice probíhalo na pokojový klozet. Pátý den

po operaci byla zcela soběstačná a chodila sama na pokojový klozet nebo WC. Občas jí dopomohly ošetřující sestry. Sedmý den pacientka došla na WC o dvou francouzských berlích. Potí se p im en .

Aktivita, odpověď

Pacientka udává, že se po operaci cítí unavená. Má méně energie. Těhotně spí z důvodu bolesti, proto dostává léky na spaní dle ordinace lékaře. Pacientka spí doma asi 8 hodin denně. Po operaci spala 5 až 6 hodin denně. Pacientka tráví svůj volný čas s manželem na dvorku nebo se dívají na TV. Paní B. P. má ráda svůj klid. Baví ji číst noviny.

Vnímání a poznávání

Pacientka je přítomná v domě, orientována místem, časem i osobou. Používá brýle na čtení, které má s sebou. Pacientka špatně slyší, proto je nutné na ni mluvit hlasitěji. Naslouchací aparát zatím nevládní. Udává, že si občas nepamatuje, kam dala své věci a nevybavují se jí slova, která chce říct. Pacientka rozumí nutnosti operačního zákroku a vědění, co je se zákrokem spojené. Adekvátně odpovídá na všechny dotazy.

Vnímání sebe sama

Pacientka se označuje za pesimistku. V životě to neměla lehké a přiznává, že se často stresuje zbytečně. Dbá na svůj vzhled, ale nikdy se nemalovala ani si nebarvila vlasy.

Vztahy

Pacientka žije s manželem v rodinném domě. V horním patře žije syn s rodinou. Mají s nimi celkem hezký vztah. Ostatní synové občas zajedou na návštěvu, ale nemají přítomnosti. Pacientka je komunikativní a milá. Chodí si povídat se sousedkami na lavičku před domem.

Sexualita

Pacientka se nechce k tomuto tématu vyjadřovat.

Zvládání zážitků, odolnost vůči stresu

Pacientka udává, že stres v souvislosti s operací měla. Věděla, co ji čeká, ale to jí nijak nepomohlo. Obávala se hlavně bolesti nebo komplikací, které by mohly nastat. Chtěla by, aby to dopadlo dobře a aby mohla brzy chodit.

klíčové principy

Pacientka je v klidu, a chodí každou neděli do kostela. Vyžádala si nabídku návštěvy v kapli církve v nemocnici. Největší je pro ni zdraví a rodina.

Bezpečnost a ochrana

Pacientka neudává alergii. Kůže je porušená z důvodu operačních rány na levé kyčli, rána se hojí per primam. Redon v drén je pravidelně kontrolován z hlediska funkčnosti a podtlaku, v-ě je v pořádku. Dále má pacientka zavedený periferní filní katétr, končetina je bez známek zánětu. U pacientky sledávám riziko pádu vzhledem ke snížené soběstačnosti a riziko infekce kvůli pooperační ráně a vstupům.

Komfort

Pacientka si stěžuje na bolest po operaci v oblasti třísel a operačních rány. Bolest popisuje jako vystřelující a rezavou. První pooperační den udává bolest na intenzitě VAS 5, bolest je tlumena pomocí Dipidoloru 15 mg s.c. Bolest je asi po hodině ztlumena na intenzitu 3. Nadále je pak tlumena dalšími analgetiky. V průběhu hospitalizace pociťuje bolest zejména při pohybu. Na oddělení jí zatím nic nechybí, personál je pozorný a milý. Prostředí se jí líbí.

Růst a vývoj

Pacientka nemá v důstojnosti ani dospívání problémy s růstem či vývojem. Žádné odchylky se neobjevily.

Kód	Zvařovaná o-et ovatelská diagnóza (OD)	Ur uující znaky (UZ)	Související faktory (SF) Rizikové faktory (RF)	P ijetí / nep ijetí OD
00132	Akutní bolest	Expresivní chování, výraz bolesti v obli eji, vlastní hlá-ení bolesti pomocí VAS -kály	Fyzikální p vodci zran ní	P ijala
	00095 Nespavost	Zhor-ený zdravotní stav	T lesný diskomfort, stresory	P ijala
00108	Deficit sebepé e p i koupání	Zhor-ená schopnost dostat se do koupelny	Muskuloskeletální po-kození	P ijala
00109	Deficit sebepé e p i oblékání	Zhor-ená schopnost obléknout si oble ení na dolní ásti t la	Muskuloskeletální po-kození	P ijala
00110	Deficit sebepé e p i vyprazd ování	Zhor-ená schopnost p emístit se na toaletu	Zhor-ená schopnost p emis ovat se	P ijala
00044	Naru-ená integrita tkán	Po-kozená tká	Zhor-ená mobilita	P ijala
	00004 Riziko infekce		Invazivní vstupy	P ijala
00088	Zhor-ená ch ze	Zhor-ená schopnost ujít pofladované vzdálenosti, zhor-ená schopnost zdolávat schody	Muskuloskeletální po-kození, bolest, strach z pádu	P ijala
	00155 Riziko pádu		Protéza dolní kon etiny	P ijala
	00162 Snaha zlep-ít pé i o zdraví	Usiluje o zlep-ení managementu rizikových faktor		P ijala
00134	Nauzea	Dávivý pocit, odpor k jídlu, nauzea	Strach, lé ba	Nep ijala
00148	Strach	Poci uje obavy	Neznámé prost edí	P ijala
00011	Zácpa	Snížená frekvence stolice	Zm na ve stravovacích návycích	P ijala

Tabulka 12 - O-et ovatelské diagnózy u t etího pacienta

O-et ovatelské diagnózy:

- **Akutní bolest 00132 (Nespavost - 00095)**

Diagnostická doména ó Komfort, T ída ó T lesný komfort

Je standardizovaný název o-et ovatelského problému lov ka, který proflívá nep íjemnou bolest, jefl má intenzitu od st ední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní p edpoklad vymizení do 6 m síc .

Ur ující znaky: Expresivní chování, výraz bolesti v obli eji, vlastní hlá-ení o intenzit bolesti pomocí VAS, vyhledávání antalgické polohy, potífle se spaním, nespokojenost se spánkem, nedostatek energie.

Související faktory: Fyzikální p vodci zran ní (operace), strach, t lesný diskomfort, stresory, environmentální faktory (neznámé prost edí).

Cíle:

- Pacient bude 1. den hospitalizace um t hodnotit bolest podle VAS -kály od 0 do 10.
- Pacient bude do t í hodin po operaci informován, fle bolest m fle být zmírn na analgetiky a o tom, jakým zp sobem mu mohou být analgetika podávána.
- Pacient bude hodinu nebo dv hodiny po podání analgetik uvád t bolest men-í nefl VAS 4 a bolest pro n j bude snesitelná.
- Pacient bude spolupracovat p i odstran ní bolesti po celou dobu hospitalizace.
- Pacient bude dodrřovat v-echny pokyny od rehabilita ní sestry po celou dobu hospitalizace.
- Pacient bude v noci spát nep etrřít alespo 6 hodin.
- Pacient se bude cítit kařd-é ráno odpo atý.

Intervence:

- Zajisti ve er klid na odd lení.
- P ed spaním vyv trej pokoj a uprav l flko.
- Sleduj ú innost hypnotik podaných p ed spánkem, zajisti postranice.
- Zji-uj stupe , charakter a intenzitu bolesti dle VAS, zhor-ující faktory bolesti b hem dne, zaznamenej do dokumentace.
- Sleduj neverbální projevy bolesti (grimasy).

- Při udání bolesti VAS 4 a více podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinnost do hodiny, zaznamenávej do zdravotnické dokumentace.
- Zmírni bolest i nefarmakologickými prostředky (ledování).
- Zajisti, aby měl pacient signální zařízení vřady po ruce.
- Vysvětli pacientovi příčinu bolesti do tří hodin po operaci.
- Zopakuj pacientovi, že může zaujmout úlevovou polohu, pečuje o jeho pohodlí a sleduj pohybové reflexy.

Realizace: Když přijela pacientka na oddělení, tak jsem jí dala k ruce signální zařízení a vysvětlila jsem jí, že když bude mít bolesti, tak si může zazvonit. Součástí byla pacientka edukována na JIP oddělení od lékaře, že bude mít bolesti a proč. Dále jsem jí vysvětlila hodnocení bolesti podle VAS –kály. Hodnocení je od 0 do 10, kdy 1 a 2 je mírná bolest, 3 a 5 střední bolest, 6 a 9 silná bolest, 10 nesnesitelná bolest. Stupeň bolesti jsem během dne zaznamenávala a sledovala jsem i neverbální projevy bolesti a úlevové polohy. Ráno a večer byl vyměněn pacientce led, který měla přiložený na operační rány. Pacientka odpovívala během dne na pokoji, sledovala televizi, četla knihu nebo si povídala se sousedkou. Před spánkem proběhla úprava lůžka a pokoj byl vyvětrán. V noci se všeobecná sestra snažila zajistit klid na oddělení. Pacientka byla dotazována na kvalitu jejího spánku a na pocit únavy. První noci nespala kvůli bolesti a neznámému prostředku, proto jí byla podána hypnotika dle ordinace lékaře.

Hodnocení: Pacientka popisuje bolest jako vystřelující, zřezavou. Po operaci pocívala pacientka bolest intenzity VAS 5, proto jí všeobecná sestra aplikovala Dipidolor s.c. ve 14:00 hod. Bolest se snížila po dvou hodinách na intenzitu VAS 3. Do večera se bolest opět zhoršila, proto jí byla podána další analgetika: Sufentanil 0,01 mg. Léky na bolest byly účinné. Ve 22:00 dostala pacientka Dipidolor 15 mg s.c. dle ordinace lékaře pro klidnější spánek. Pacientce byly zajištěny postranice kvůli neklidu a kvůli prevenci pádu. Po probuzení si pacientka opět stěžovala na bolest intenzity VAS 6. Byla jí podána analgetika i.v., která snížila bolest o dva stupně. Analgezie na JIP byla dostatečná. Na ortopedickém oddělení dostávala dle ordinace lékaře Paramegal 500 mg, 2tbl. VAS 4 a 6 max. 3x/den, Dolmina 50 mg 1 tbl. VAS 6 a 10 max. 3x/den. Pacientka se v noci budila bolestí a ráno byla brzy vzhůru. První dny spala průměrně 5 a 6 hodin.

00109 Deficit sebepé e p i oblékání

00108 Deficit sebepé e p i koupání

00110 Deficit sebepé e p i vyprazd ování

Diagnostická doména: Aktivita odpo inek, T ída: Sebebé e

Zhor-ená schopnost samostatn se obléknout nebo dokon it oblékání.

Zhor-ená schopnost samostatn provád t nebo dokon it aktivity týkající se koupání.

Zhor-ená schopnost samostatn provést nebo dokon it aktivity týkající se vyprazd ování.

Ur ující znaky: Zhor-ená schopnost obléknout si pot ebné ásti od vu (ponofky), zhor-ená schopnost obléknout si oble ení na dolní ásti t la, zhor-ená schopnost dostat se do koupelny, zhor-ená schopnost umýt si t lo, zhor-ená schopnost p emítit se na toaletu, zhor-ená schopnost vstát z toalety.

Související faktory: Muskuloskeletální po-kození, bolest, únava, slabost.

Cíle:

- Pacientce bude zaji-t na dopomoc p i oblékání po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka si bude schopná umýt horní polovinu t la, bude jí zaji-t na dopomoc p i umytí zad a donesení pom cek do -estého dne hospitalizace.
- Pacientka bude schopná od -estého dne hospitalizace sama dojít do koupelny i k umyvadlu a umýt se.
- Pacientka dokáfle vyjmenovat rizikové pohyby, které vedou k luxaci a vyvarovat se jim p i oblékání i hygien .
- Pacientka se dokáfle vyvarovat riziku pádu p i ch zi na toaletu a zavolá si pomoc v p ípad nejistoty.

Intervence:

- Zajisti pro pacientku pot ebné pom cky.
- Poslouchej pacientku, pozoruj ji p i innostech, pop ípad zajisti pomoc.
- Poskytni pacientce podporu.
- Respektuj, fle pacientka pot ebuje as a také respektuj její rituály.
- Dbej na to, aby pacientka vypadala upraven a ist .

Realizace:

Pacientka m la po operaci na JIP kolaps organismu, byla bez energie a zmatená, proto ji sestry zajistily hygienu samy, svlékly ji z and la, oblékly ji no ní ko-ili. Pacientka poslouchala instrukce a byla vystra-ená. Dal-í den m la hypotenzi, p i sedu se ji to ila hlava,

nicméně se snažila, aby si omyla obličej a horní část těla. No nevěděla si zvládnout i obléknout. Vyprazdňovala se na pokojový klozet čtvrtý den po operaci. Poté jí chodila o FB na toaletu. Když cítila, že to nezvládne, volala si pomoc.

Hodnocení:

V oblasti hygieny, oblékání a vyprazdňování byla pacientka plně schopná.

00044 Narušená integrita tkáně (Riziko infekce 00004)

Diagnostická doména: Bezpečnost, ochrana, Tělo: Tělesné poškození

Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů nebo vazů.

Určující znaky: Poškozená tkáň.

Související faktory: Zhoršená mobilita, chirurgický zákrok, invazivní postupy, změna peristaltika.

Cíle:

- Pacientka bude poučena o rizicích souvisejících s porušením tkáně na začátku hospitalizace lékařem i sestrou do 3 hodin od hospitalizace.
- U pacientky nedojde ke zhoršení porušené tkáně po dobu hospitalizace.
- Pacientce bude rána sterilně ošetřována a kryta, okolí rány nebude plně uzavřeno a nevykazuje známky zánětu po celou dobu hospitalizace.
- Budou používány antidekubitární pomůcky (podložky pod paty) na ochranu proti dekubitům po dobu hospitalizace pacientky.
- Kůže bude ošetřována, bude se sledovat její čistota a suchost.
- Končetina, kde je zavedený PfiK bude kontrolována sestrou a nebude jevit známky infuzní flebitidy v době zavedení ani po odstranění, hodnocení podle Maddona bude 0.
- Sestrou bude kontrolována funkčnost Redonova drénu a okolí v jeho blízkosti po celou dobu od zavedení.
- Všeobecná sestra bude kontrolovat funkčnost PMK po celou dobu zavedení, bude měřit výdej a bude se ptát na pocity pacientky plně.

Intervence:

- Dbej na to, aby byla rána vždy sterilně ošetřována, plně ošetřeno v-ě zaznamenej do dokumentace.

- Sleduj celkové a místní známky infekce, zaznamenávej tělesnou teplotu do dokumentace.
- Sleduj okolí operativní rány, periferního filárního katétru, Redonova drénu.
- Měj krytí periferního filárního katétru každých 48 hodin, při zavádění, podávání léků a péči evazou postupuj asepticky.
- Zkontroluj místo vpichu a funkčnost periferního filárního katétru před každou manipulací, zapisuj do dokumentace.
- Dezinfikuj ústí katétru před podáním infuze, proplachuj katétr před a po podání infuze a ptěj se na subjektivní pocity (pálení, -típaní, bolest).
- Pouč pacientku o nutnosti omezení pohybu v místě zavedení periferního filárního katétru a zpeř sobu mytí, aby nedošlo k narušení krytí periferního filárního katétru a operativní rány.
- Kontroluj funkčnost, podtlak u Redonova drénu, sleduj i jeho okolí, zda nejeví známky zánětu.
- Sleduj charakter a množství tekutiny, která odtéká z Redonova drénu.
- Sleduj funkčnost PMK, kontroluj, zda je dostatečný výdej moči a jakou má moč barvu.
- Ptěj se pacientky, zda jí to při močení nepálí, neefle.
- Po odstranění PMK dle ordinace lékaře sleduj, zda se pacientka do dvou hodin vymočí, a sleduj její subjektivní pocity, vše zapiš do dokumentace.

Realizace:

Operativní rána byla pévazována ošetřujícími všeobecnými sestrami dle ordinace lékaře a dle prosaku obvazu. Vřdy sterilní a byla pevně kryta sterilními tverci. Sestry sledovaly případné místní a celkové známky infekce a zaznamenávaly tělesnou teplotu do dokumentace každým den. Při zavedení katétru všeobecná sestra dodržela aseptické podmínky a nadále sledovala jeho funkčnost a končetinu hodnotila podle Madona. Sestry hlídaly funkčnost Redonova drénu, množství a charakteru sekretu, vše bylo zaznamenáno do dokumentace. Pacientka byla poučena o technice mytí, aby nedošlo k narušení sterilně kryté rány a k narušení PfiK. Pacientce byl v prvních třech dnech pozorován příjem a výdej. Hydratována byla příjmem. Vypila asi 2 l za den.

Hodnocení:

Sestry p evazovaly opera ní ránu asepticky, pop . asistovaly léka i p i p evazu. Rána byla dezinfikovaná Betadinem. Dále kontrolovaly, zda rána neprosakuje nebo zda okolí nejeví známky infekce. Desátý den byly vyjmuty stehy. U pacientky nebyla nam ena v pr b hu hospitalizace zvý-ená teplota. PfiK sestry nemusely p epíchnout, byl funk ní. Redon v drén neodvád l patologickou sekreci a byl t etí den odstran n. PMK odvád l írou slámov flutou mo a byl odstran n tvrtý den. Pacientka si nenam o ila vodou PfiK ani opera ní ránu.

00088 Zhor-ená ch ze (00155 Riziko pádu, Snaha zlep-ít pé i o zdraví 00162)

Diagnostická doména: Aktivita-odpo inek, T ída: Aktivita-pohyb

Omezení nezávislého pohybu v prost edí p i ch zi.

Ur ující znaky: Zhor-ená schopnost ujít pofadované vzdálenosti, zhor-ená schopnost zdolávat schody, usiluje o zlep-ení managementu rizikových faktor .

Související faktory: Muskuloskeletální po-kození, bolest, strach z pádu, zhor-ená rovnováha, protéza dolní kon etiny, poopera ní zotavení, zhor-ená mobilita, neznámé prost edí, protéza dolní kon etiny, pouflívání pom cek.

Cíle:

- Pacientka bude postupn vertikalizována do sedu, stojí podle pokyn fyzioterapeutky druhý a t etí den po operaci.
- Pacientka bude edukována o nutnosti polohovacího klínu mezi koleny po celou dobu hospitalizace.
- U pacientky bude provád n druhý den po operaci nácvik ch ze o dvou francouzských berlích.
- Pacientka bude schopná chodit s holemi po rovin t etí afl tvrtý den po operaci a ze schod pátý den hospitalizace. Na konci hospitalizace se p i ch zi bude cítit jist .
- Pacientka se bude pohybovat v bezpečném prost edí po celou dobu hospitalizace (odstraníme v-echny p ekáfky v okolí l fika).
- Pacientka bude pou ena p i p ekladu z JIP na ortopedické odd lení o rizicích pádu a o tom, fle má pouflívat signaliza ní za ízení.
- Pacientka bude dodrřovat pokyny fyzioterapeuta a nedojde ke komplikacím a pádu po dobu hospitalizace v nemocnici.

Intervence:

- Spolupracuj s fyzioterapeutkou a dbej jejich pokynů při vertikalizaci pacientky.
- Buď nápomocná pacientovi při sedání k jídlu v prvních dnech hospitalizace.
- Zajisti dohled na pacienta při vstávání z lůžka a chůzi tímto den po operaci.
- Chval pacienta za pokroky, které dělá po celou dobu hospitalizace.
- Zajisti pacientovi signalizaci k lůžku po přejetí na oddělení.
- Odstraň všechny překážky z okolí lůžka při překládání pacienta na oddělení.
- Pomoz pacientovi při chůzi o berlích na WC.
- Dej pacientovi blízko lůžka kompenzační pomůcky (francouzské berle).
- Edukuj pacienta při přejmu o komplikacích, které mohou nastat a o rizikových pohybech, které k nim vedou.

Realizace:

Při přejetí pacientky zajistila všeobecná sestra signalizaci za řízení k lůžku a poučila jí, jak se má používat. Pacientka měla zajištěné postraníce kvůli prevenci pádu na noc. Po operaci byly odstraněny překážky z okolí lůžka. Mezi kolena jí byl dáván abdukční klín. Pacientka byla vertikalizována do sedu vždy s polohovacím klínem. Do stoje to zkusila tímto den po operaci. Poté si přecházela na pokojový klozet a následně se učila chůzi o berlích. Berle měla pacientka blízko lůžka.

Hodnocení:

Pacientka dle sledně poslouchala pokyny ošetřujících sester i fyzioterapeutky. Sestry jí pomáhaly při vertikalizaci do sedu před jídlem a vždy jí připomněly, že musí mít polohovací klín mezi koleny. Pacientka se snažila být samostatná a o pomoc při vertikalizaci do stoje a při přesunu na klozet si říkala zídka. Chůze o berlích se jí dařila. Berle si dávala blízko lůžka, aby nechodila bez nich. Byla poučená, že nesmí chodit po kluzké podlaze nebo vstávat, pokud by se jí točila hlava. S tím měla potíže po operaci, proto byl potřebný zvýšený dohled při sedu. Pacientka znala antiluxační pravidla od lékaře i sester a dokázala je vyjmenovat.

00148 Strach

Diagnostická doména: Zvládnání, tolerance záťže, Tída: Reakce na zvládnání záťže.

Reakce na vnímané ohrožení, které je v domě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky: Pociťuje obavy, identifikuje předmět strachu, zaměření na zdroj strachu.

Související faktory: Neznámé prostředí.

Cíle:

- Pacientka bude dokonale obeznámena s novým prostředím při příjmu na oddělení do 3 hodin od příjmu na oddělení.
- Pacientka se bude cítit v novém prostředí komfortně po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka bude mít podporu rodiny, která ji pravidelně navštívuje.
- Pacientce bude vyhoveno ve všech jejích potřebách po dobu hospitalizace.

Intervence:

- Seznam pacientku s prostředím (ukáži, kde je WC, koupelna).
- Komunikuj s pacientkou, vyslechni si její obavy.
- Zeptej se pacientky na její potřeby.
- Zpřijemni pacientce prostředí (rádio, televize).
- Odvede pozornost od strachu.

Realizace: Pacientka občas poslouchala radio, když je sestry zapnuly. Měla ráda svůj klid a spíše přemýšlela. Strach se objevil před operací i po operaci. Největší strach měla pacientka z bolesti a ze zákroku. Velkou oporou jí byla rodina a manžel, který jí nosil první kytky. Vnoučata jí donesla namalované obrázky, které měla na stole.

Hodnocení: Pacientka byla statečná a vše dobře zvládala díky podpoře rodiny.

00011 Zácpa

Doména: Vylučování a výměna, Téma: Funkce gastrointestinálního systému

Pokles břišné frekvence defekace doprovázený obtížným i nekompletním odchodem stolice nebo odchodem nepříjemně tuhé, suché stolice.

Určující znaky: Snížená frekvence stolice, námaha při defekaci, silná plynatost, změna ve vzorci vyprazdňování.

Související faktory: Průměrná denní fyzická aktivita je nízká, není doporučena pro dané pohlaví a věk, nedávná změna prostředí, nerovnováha elektrolytů, pooperační stěvní obstrukce, zmatenost.

Cíle:

- Pacientka bude chodit do toalety po operaci na stolici.

- Pacientka bude pouena od léka e a sester o nutnosti zvýšené hydratace po celou dobu hospitalizace v nemocnici.
- Pacientka bude mít p i defekaci soukromí.
- Pacientka bude mít pokojový klozet blízko k l fku.
- Pacientka bude jíst více vlákniny i po hospitalizaci.
- V p ípad zácpy podá v-eobecná sestra pacientce léky dle ordinace léka e.

Intervence:

- Pou pacientku o nutnosti hydratace vřdy, kdyfl p ijde–na pokoj.
- Zajisti pacientce soukromí p i defekaci.
- Dej pacientce blízko k l fku signaliza ní za ízení.
- Zajisti pacientce pom cky pot ebné k vyprazd ování.
- Posu pacientce pokojový klozet blíffe k l fku.
- Dej pacientce léky p i zácp dle ordinace léka e.

Realizace:

Pacientka m la pokojový klozet blízko l fka, toaletní papír m la na no ním stolku. Byla pouena v-eobecnými sestrami i léka em o nutnosti hydratace, proto ast ji pila. V-eobecná sestra jí dala signaliza ní za ízení k ruce a pacientka se u ila s fyzioterapeutkou vstávat z l fka a p echázet na klozet jifl druhý den po operaci. To ila se jí hlava, ale zvládala to.

Hodnocení:

Pacientka pocí ovala jifl t etí den nutkání na stolici, ale nevyprázdnila se. Na pokojový klozet p ejít um la a sestry zajistily, aby m la dostatek soukromí. tvrtý den se pacientka vyprázdnila. Bolesti b icha ustaly.

Shrnutí: U pacientky byly stanoveny tyto diagnózy: Akutní bolest, nespavost, deficit sebepé e p i koupání, deficit sebepé e p i oblékání, deficit sebepé e p i vyprazd ování, naru-ená integrita tkán , riziko infekce, zhor-ená ch ze, riziko pádu, snaha zlep-it pé i o zdraví, strach, zácpa. Pacientka pocí ovala jifl t etí den nutkání na stolici, ale nevyprázdnila se. Na pokojový klozet p ejít um la a sestry zajistily, aby m la dostatek soukromí. tvrtý den se pacientka vyprázdnila. Bolesti b icha ustaly. Pacientka nacvi ila ch zi o francouzských berlích a analgetika byla ú inná.

16 DISKUZE:

Bakalářská práce byla vytvořena na základě jejího cíle.

Teoretickým cílem bylo zjistit odlišnosti v ošetřovatelské péči popisované v literatuře a porovnat s ošetřovatelskou péčí na sledovaném oddělení. Byly sledovány rozdíly v ošetřovatelské péči v literatuře v souvislosti s provedeným výzkumem.

V odborné literatuře, v níž je popisována ošetřovatelská péče, která je poskytována pacientům po implantaci endoprotézy do kyčelního kloubu, se některé skutečnosti zapsané v bakalářské práci liší. Při poučení o lazní všeobecné sestry na sledovaném oddělení edukovaly pacienta, že nesmí jíst a pít tekutiny ve velkém množství od půlnoci, ale pokud zapíjí lék, může ho zapít 3 ml vody. V případě, že pacient na výkon později, podávaly mu všeobecné sestry iontový nápoj dle ordinace lékaře. Repko (2012) uvádí, že pacient by neměl od půlnoci nic jíst ani pít (Repko, 2012, 21 s.).

V rámci krátkodobé endoperace se na sledovaném oddělení musel pacient před výkonem vyprázdnit pomocí šípku (Glycerini, supp., 2x), který mu všeobecná sestra podala ve večerních hodinách dle ordinace lékaře. Slezáková (2014) uvádí, že vyprázdnění tlustého střeva se provádí opakovaným oistným klyzmatem nebo pomocí vyprázdnovacího roztoku (Slezáková, 2014, s. 34).

V den operace poučí všeobecná sestra pacienta, aby se osprchoval a byl před výkonem čistý. Sanitářka oholí operacní pole a provede dezinfekci pupíku. Workman (2003) uvádí, že by si měl pacient umýt i vlasy, aby se nestaly rezervoárem infekce. Také by se mělo dbát na vyčištění nehtů na rukou a nohou (Workman, 2003, s. 241). Na sledovaném oddělení pacienti nebyli poučeni o tom, aby si umyli před výkonem vlasy. Tomuto úkonu nebyla přikládána větší důležitost.

Rozdíl byl zaznamenán i v informaci o rehabilitaci. Morkesová (2008) popsala, že pacient začal s chůzí v chodítku a postupně přechází na trojdobou chůzi o francouzských berlích (Morkesová, 2008, s. 38). V jiných odborných literaturách se autoři zmíní i o podpařnicích berlích. Při pozorování rehabilitace na ortopedickém oddělení, pacient začal poufňovat při vertikalizaci do stoje ihned francouzské hole. Novotná (2010) publikuje, že pacient je vertikalizován do sedu první den po operaci a nadále a přibližně sedmý den začal s chůzí o berlích a do schodů (Novotná, 2010, s. 53).

Dungl (2013) uvádí, že po 6 týdnech od operace navrtívá pacient lékaře, který zhodnotí, zda je v-ě v po ádku. Pokud je v-ě v po ádku, může pacient chodit pouze o jedné holi. Při pekonávání delších vzdáleností by měl používat jeřáb hole. U pacient s necementovanou endoprotézou se doporučuje chze s odlehčením DK u obou francouzských holí. Na další kontrolu jde pacient po 3 měsících. Pokud je v-ě v po ádku, lékař pacientovi povolí chzi bez berlí (Dungl, 2013, s. 97). Knířlová (2008) uvádí, že pacient po propuštění chodí stále o podpafních berlích. Po těchto měsících přechází na francouzské berle a operovanou konetinu zatluje na 50 %. Po 6 měsících bývá doporučena chze o vycházkové holi (Knířlová, 2008, 29 s.). Na sledovaném oddělení doporučoval pacient mléka na kontrole po 6 týdnech, že by jifi mohl chodit pouze o jedné francouzské holi a po 3 měsících povolil chzi bez berlí, pokud bylo dle potebných vyšetření v-ě v po ádku. Rozdílnost tohoto tvrzení tkví v tom, že doporučení se během let mění.

Cikánková (2010) uvádí, že antirotační bota je nedílnou součástí pomůcek, které musí pacient využívat po operaci. Pacient leží s antirotační botou na operované konetině v poloze na zádech. Ta zajiřuje, že dolní konetiny jsou v extenzi a mírné abdukci, přička nohy operované konetiny je ve vnitřní rotaci, mezi kolena je umístěn abdukční klín. Všeobecná sestra musí sledovat, zda je antirotační bota dána na operovanou konetinu správně a chodí kontrolovat postavení DK (Cikánková, 2010, s. 90). Knířlová (2008) nadále uvádí, že pacient sundává antirotační botu třetí den a od čtvrtého až pátého dne ji používá obvykle v noci (Knířlová, 2008, 29 s.). Toto se neshoduje se zkušenostmi na sledovaném oddělení. Pacient na sledovaném oddělení mohl sundat antirotační botu druhý den po operaci a nadále ji ufi nepoužíval.

Ohledně životnosti endoprotézy se autoři v této věci shodují. Gallo (2014) uvádí, že totální endoprotéza je lépebná metoda, která zlepřuje funkci kloubu na 10 let i více (Gallo, 2014, s. 20). Pířkryl (2009) uvádí, že ortopedi ti lékaři by byli rádi, kdyby doba používání náhrady pacientem přetrvala alespo 20 let, ale v ČR je průměrná doba funkce kloubu po implantaci náhrady odhadována na 12 let (Pířkryl, 2009, s. 167).

Druhý cíl: Zjistit údaje o počtu cementovaných a necementovaných endoprotéz na sledovaném oddělení.

Ve sledovaném zařízení se počet provedených implantací totálních endoprotéz kyelního kloubu zvyšoval každým rokem. Vavřík (2014) uvádí, že počet implantací se zvyšuje každým rokem i v jiných zařízeních v ČR (Vavřík, 2014, s. 15). V této podílu operací byl zaznamenán u

flenského pohlaví. Gallo (2014) uvádí, že ženy jsou více náchylné k osteoartróze (Gallo, 2014, s. 10). Data zjištěná na sledovaném oddělení se shodují s tvrzeními autorů.

Dungl (2013) uvádí, že cementované endoprotézy lékaři volí spíše u starších lidí. Necementované endoprotézy jsou aplikovány mladším lidem, jelikož hrozí v této riziko uvolnění komponent (Dungl, 2013, s. 97). Při zpracování údajů ve sledovaném zařízení bylo zjištěno, že lékaři každým rokem provádějí implantace TEP kyelního kloubu i s necementovanou endoprotézou. Rozdíl v počtu cementovaných a necementovaných endoprotéz nebyl tolik významný. Vavřík (2014) uvádí, že lékaři implantovali v jiných zařízeních více cementovaných endoprotéz než necementovaných (Vavřík, 2014, s. 18). Rozdíl v počtu implantovaných cementovaných a necementovaných endoprotéz není však více než o 5 %.

Tímto cílem: Vypracovat ošetovatelské procesy u 3 pacientů indikovaných k totální endoprotéze kyelního kloubu.

V bakalářské práci jsou zpracovány tři ošetovatelské procesy dle modifikace ošetovatelského modelu šfunkčního typu zdravotní Marjory Gordonové. Na základě vypracování kazuistik u jednotlivých pacientů jsou stanoveny ošetovatelské diagnózy. Při stanovení diagnóz byla využita taxonomie NANDA II. International. Poté byl zpracován plán péče a následně zhodnoceny diagnózy a výsledky péče.

Při vypracování ošetovatelských procesů u tří pacientů, z nichž jeden měl implantovanou necementovanou endoprotézu, se stanovené diagnózy nijak nelišily. Pacient, který měl implantovanou necementovanou endoprotézu, byl vertikalizován do sedu a stoje víceméně ve stejné dny jako pacientky s necementovanou endoprotézou a nebyl se zotavováním po operaci nijak pozadu. U pacientů byly stanoveny tyto diagnózy: Akutní bolest, porušený spánek, porušená chůze, porušená integrita tkáně a strach. U všech se objevily i potenciální diagnózy: riziko pádu a riziko infekce. Pacientky byly příjemné a naslouchaly personálu. Pacient byl neklidný, nedbal na rady personálu a potřeboval v této době, proto u něj nebyla přijata diagnóza: Ochota ke zlepšení léčebného režimu. Pacient s necementovanou endoprotézou byl nejmladší. Dungl (2013) uvádí, že necementovaná endoprotéza se implantuje u mladších pacientů (Dungl, 2013, s. 112). Tato informace nemohla být potvrzena v této práci vzhledem k malému vzorku respondentů.

Ve sledovaném zařízení bylo vypracováno deset ošetovatelských procesů a z nich byly vybrány tři. Pirošková (2009) zpracovává jeden ošetovatelský proces. Při zpracování byl

využít také Model funkčního zdraví Marjory Gordonové. Stanovila u pacienta velmi podobné diagnózy. Z potenciálních ošetovatelských diagnóz navíc zmíní riziko krvácivých projevů v důsledku antikoagulační léčby (Pirošková, 2009, s. 43).

Pirošková (2009) popsala plán péče od prvního až dvanáctého dne hospitalizace. Pacient H. I. byl operován v celkové anestezii (Pirošková, 2009, s. 28). Ostatní tři pacienti byli operováni ve spinální anestezii, nicméně bolest nebyla tlumena přes epidurální katetr, ale přes analgetika, která byla aplikována i. v. přes PfiK.

Pirošková (2009) uvádí, že pacientovi byly vytaženy čtvrtý den hospitalizace tři Redonovy drény z operační rány. Cílem je poměrně dlouho po operaci, může to být dáno tím, že jde o starší výzkum z roku 2009, nyní je velká tendence více odstraňovat dříve vzhledem k výskytu infekcí spojených se zdravotní péčí. Nacházelo se v nich 100 ml tekutiny v den, kdy bylo indikováno vytažení (Pirošková, 2009, s. 43). Ve sledovaném zařízení mohli všichni tři pacienti zaveden jeden Redon v drén.

Léčba pooperační bolesti se u pacientů také výrazně nelišila. Pan H. I. dostával Dipidolor 2 ml i.m. a při větší bolesti Novalgin 2ml i.v. do 100ml FR na 30min. U ostatních pacientů byl aplikován Dipidolor subkutánně a Novalgin nebo Paramigel per os. Pacient H.I. udával po operaci bolest na stupni číslo 7, která se po podání analgetik snížila na stupeň 4 (Pirošková, 2009, s. 29). Pirošková (2009) uvádí, že pro vysvětlení intenzity bolesti využila pravítko (Pirošková, 2009, s. 44). Ve sledovaném zařízení nebylo pravítko využito a pacientům byla intenzita bolesti vysvětlena ústně dle VAS-kály. Nebylo to správné, jelikož pacienti bývají po operaci zmateni a plní strachu, tudíž je lepší ukázat jim stupnici názorně na pravítku.

V rámci prevence TEN dostával pacient Clexane 0,6 ml s.c. Lékař mu ho předepsal i před propuštěním na dalších 30 dní a sestry pacienta edukovaly o tom, jak si jej má aplikovat (Pirošková, 2009, s. 22). Pacienti ve sledovaném zařízení mohli od lékaře indikovaný lék s názvem Pradaxa. Začali ho užívat 1 až 4 hodiny po operaci. Další dny pak pravidelně. Lék Pradaxa v dávkách 75 mg, 110 mg nebo 220 mg jim lékař předepsal i před propuštěním do domácí péče. Všichni dostali doporučení od lékaře do lázní.

tvrtý cíl: Zpracovat mapu o-čet ovatelské pé e pro rehabilita ní pracovníky, která se zabývá p edopera ní i poopera ní rehabilitací.

Výstupním materiálem pro praxi je mapa pé e, která je uvedena v praktické ásti bakalá ské práce. Informa ní mapa pé e je ur ená pro pacienty i fyzioterapeuty na ortopedickém odd lení. Byla zpracována na základ spolupráce s fyzioterapeuty na ortopedickém odd lení soukromé nemocnice. Tato mapa pé e je roz-í ená a jsou zde uvedeny nálefitosti a vy-et ení, které se provádí v rámci p edopera ní rehabilitace. Ve form fotografií mé vlastní tvorby jsou zde ukázány cviky, které pacient provádí po operaci. Vytvo ila jsem ukázkou správné ch ze o francouzských berlích. Na konci mapy pé e jsou uvedena doporu ení, kterými by se pacient m l ídit po propu-t ní z nemocni ního prost edí. Mapu pé e si fyzioterapeutky nechaly na odd lení a budou ji ukazovat pacient m, díky tomu se tak podpo í jejich eduka ní innost. Mapa pé e je zpracovaná barevn , p ehledn ve form tabulky.

17 ZÁVĚR

Bakalářská práce s názvem Špecie operace a pooperační péče o pacienty s totální endoprotézou kyčelního kloubu je tvořena dvěma částmi – částí teoretickou a částí praktickou.

Teoretickým cílem v bakalářské práci bylo zjistit odlišnosti v ošetřovatelské péči popisované v literatuře a porovnat s ošetřovatelskou péčí na sledovaném oddělení. Ošetřovatelská péče na sledovaném oddělení byla shodná s péčí popisovanou v odborné literatuře, ač na pár výjimek, které jsou popsány v diskuzi. Rozdílnosti se týkaly nejčastěji rehabilitace po operaci. Dále pak příkladu, lazní a vyprázdnování pacienta.

Dalším cílem práce bylo vypracovat kazuistiky u pacientů indikovaných k TEP kyčelního kloubu a následně vytvořit ošetřovatelské procesy a plán péče u těchto pacientů. Ošetřovatelská péče o pacienty je shodná s popsanou péčí v teoretické části práce. U těchto pacientů je velmi důležité dodržovat zásady prevence TEN, prevenci dekubitů, což zahrnuje správné bandážování končetin, i navlékání elastických punčoch, dostatečnou hydrataci pacienta, podávání antikoagulancií a brzkou mobilizaci. Všeobecná sestra se stará nejen o operovanou končetinu, ale i o předilekální místa (sakrum, paty). Na sledovaném oddělení byly paty promazávány Menalind mastí. S tím souvisí pohodlí pacienta a péče o lůžko. Neméně důležité je péče o invazivní vstupy, jelikož pacient je vystaven riziku infekce i riziku pádu. Pacienty trápí pooperační bolesti, proto je důležité, aby byla pooperační analgezie dostatečná a aby všeobecná sestra i lékaři pacienta dostatečně informovali o léčbě bolesti a o VAS-kále. Pacient může intenzitu bolesti popsat ústně nebo pomocí pravítka. Na sledovaném oddělení ji pacienti popisují ústně dle VAS-kály. Pacienti mohli na sledovaném oddělení aplikovaný epidurální katetr, nicméně analgetika byla podávána všeobecnou sestrou per os nebo subkutánně. Ošetřovatelský personál by měl pacienta nabádat, aby se snažil o mobilizaci, co nejdříve. K tomu jim pomáhá fyzioterapeutka. S pacienty se seznámí již před operací, kdy je vyšetřena a edukuje o zakázaných pohybech, chůzi o berlích a dalších inzích, které budou po operaci provádět. Myslím, že to je pro pacienty velice přínosné, jelikož ufl mohou tušit, co bude následovat. K tomu jim pomáhají i další informační letáky od lékaře i sestry. Na sledovaném oddělení byl pacientovi předán leták s informacemi po totální endoprotéze kyčle. Všeobecné sestry pracují v průběhu hospitalizace s mapou péče, která jim pomáhá při edukaci a komunikaci s pacienty. Na sledovaném oddělení se vyvíjí mapa péče pro pacienta přijatého na plánovanou operaci TEP kyčelního kloubu. V bakalářské práci je zpracována mapa péče zaměřená na rehabilitaci. Je přínosná pro fyzioterapeutky. Mapa péče

je doplněn na obrázky, kde jsou vyobrazeny cviky, které se omezuje nebo zakázány pohyby. Měla by být poskytnuta fyzioterapeutkám pro výcvik pacientů. Mapy by se měly více používat ve zdravotnických zařízeních.

V rámci sledování oddělení a spolupráce s personálem je zjištěno, zda implantují lékaři ať již cementovanou nebo necementovanou endoprotézu a jestli je pravdivá informace, že ženy trpí coxartrózou ať již. Dle údajů na sledovaném oddělení se necementovaná endoprotéza implantuje ať již. Ženy jsou připraveny k operacím ať již. V práci jsou zmíněny pooperační komplikace. Jedna z nejčastějších komplikací po operaci je luxace endoprotézy a to může vést k další revizní operaci, což pro pacienty rozhodně není dobré vzhledem k uvedení do opakované anestezie a vzhledem k tomu, že jim více ochabuje svalstvo. Ze statistických údajů na sledovaném oddělení bylo zjištěno, že za rok v tomto zařízení provedou průměrně 30 revizních operací. Příčiny luxace jsou různé. Příčinou může být i nesprávné provedení endoprotézy, ale rozhodně více záleží na tom, jak pacient dodržuje zásady rehabilitace.

18 POUŽITÁ LITERATURA

Monografie

BARTONÍ EK, Jan a Jiří HE T. Základy klinické anatomie pohybového aparátu. Praha: Maxdorf, 2004, 256 s. ISBN 80-7345-017-8

BIRD, Howard. *Artritida: zlepěte si zdraví, ulevte svým bolestem a flíjete naplno*. Praha: Slovart, c2007, 224 s. ISBN 978-80-7391-007-5

CIKÁNKOVÁ, Vra. Rehabilitace po revmatochirurgických výkonech. Praha: Maxdorf, 2010, 223 s. ISBN 978-80-7345-206-3

DUNGL, Pavel, Jiří CHOMIAK, Jan VACULÍK a Radovan KUBETM. Problematika degenerativních onemocnění kyčelního a kolenního kloubu, podíl osteoporózy na těchto onemocněních. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2013, 112 s. ISBN 978-80-87023-21-1

DUNGL, Pavel. Ortopedie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 1168 s. ISBN 978-80-247-4357-8

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009, 532 s. ISBN 978-80-247-3240-6.

GALLO, Jiří. *Osteoartróza: [převodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf, c2014 Jessenius, 150 s. ISBN 978-80-7345-406-7

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010, 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

HROMÁDKOVÁ, J. a kol. *Fyzioterapie*. 1. vydání. Jinonky: H & H, 2002. 428 s. ISBN 80-860022-45-5

HÁSKOVÁ, Jitka a Petra KATVNÁ. Ošetřovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: pracovní sešit II. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada), 88 s. ISBN 978-80-247-2853-7

JANÍ EK, Pavel. A KOL. Ortopedie. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012, 94 s. ISBN 978-80-210-5971-9

Joint Commission Resource. Prevence pád ve zdravotnickém zařízení. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *O-et ovatelství v intenzivní pé i*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada), 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9

KOUDELA, Karel. Ortopedie. Praha: Karolinum, 2004, 281 s. ISBN 80-246-0654-2.99 ó 104

KRŤKA, Zden k. Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly. Praha: Grada, 2011, 262 s. ISBN 978-80-247-3815-4

MIKŤOVÁ, Zde ka a kol. Kapitoly z o-et ovatelské pé e I. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6

MIKŤOVÁ, Zde ka, Marie FRO KOVÁ a Marie ZAJÍ KOVÁ. *Kapitoly z o-et ovatelské pé e 2*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 171 s. ISBN 80-247-1443-4

MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie lov ka pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada), 302 s. ISBN 978-80-247-1521-6

NA KA, Ond ej, Miloslava ELIŤKOVÁ a Old ich ELIŤKA, HOUDEK, Lubomír (ed.). *P ehled anatomie*. 2., dopl. a p eprac. vyd. Praha: Karolinum, 2009, 416 s. ISBN 978-80-246-1717-6

REPKO, Martin. *Periopera ní pé e o pacienta v ortopedii*. Brno: Národní centrum o-et ovatelství a neléka ských zdravotnických obor , 2012, 186 s. ISBN 978-80-7013-549-5

ROZKYDAL, Zbyněk a Richard CHALOUPKA. *Výcvikové metody v ortopedii*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012, 70 s. ISBN 978-80-210-5902-3

EHÁ EK, Vít a Jiří MASOPUST. *Transfuzní lékařství*. Praha: Grada, 2013, 237 s. ISBN 978-80-247-4534-3

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelsví v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelsví v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 300 s. ISBN 978-80-247-3130-8

SOSNA, Antonín, David JAHODA a David POKORNÝ. *Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a rečimová opatření*. Praha: Triton, 2003, 58 s. ISBN 80-7254-302-4

SCHULER, M., OSTER, P. *Geriatric od A do Z: pro sestry*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 336 s. ISBN 987-80-247-3013-4

TKRKA, Petr a Magda TKRLOVÁ. *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009, 225 s. ISBN 978-80-7387-286-1

VYTEJKOVÁ, Renata. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. *Sestra* (Grada), 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4

Periodické publikace

KNÍFIKOVÁ, Hana. Léčebná a rehabilitační výchova u totální endoprotézy kyčelního a kolenního kloubu. *Florence*. 2008, 4(1), 29-30 s. ISSN 1801-464X

MORKESOVÁ, Marka a Svatava URBANCOVÁ. Péče o pacienta po implantaci totální endoprotézy z pohledu fyzioterapeuta. *Sestra*. 2008, 18(5), 38-39 s. ISSN 1210-0404

NOVOTNÁ, Jana a Marie HOLUBOVÁ. Péče o pacienta před TEP a po TEP ky elního kloubu. Sestra. 2013, ro . 23, . 10, 52-53 s. ISSN 1210-0404

PIKRYL, P.; SELUCKÝ, J.; FIALOVÁ, J. Péče o pacienta po kloubní náhrad . Medicína pro praxi on-line [online]. 2009, ro . 6, . 3, [cit. 2011-10-10], s. 167-168

SIGMUNDOVÁ, A. Edukace pacienta před plánovanou operací TEP ky elního kloubu. Sestra. 2010, ro . 20, . 2, s. 32-33. ISSN 1210-0404

TALIÁNOVÁ, Magda, Marie HOLUBOVÁ a Jaroslav PILNÝ. Péče o nemocného po totální endoprotéze ky elního kloubu. Sestra: odborný dvoum sí ník pro zdravotní sestry. 2009, . 1, 75-77 s. ISSN 1210-0404

VAV ÍK, P. The national register of joint replacements of the Czech republic: hip Joint Replacements Selected Outputs and Their analysis for the Period 2003ó 2012. ACTA CHIRURGIAE ORTHOPAEDICAE ET TRAUMATOLOGIAE CECHOSLOVACA. Galén, spol., 2014, 1(81), 68 s. ISSN ISSN 000165415

Kvalifika ní práce:

PIROTMÍKOVÁ, Ludmila. O-et ovatelská péče o pacienta po totální endoprotéze ky elního kloubu. [online]. Praha, 20. 4. 2009 [2. 6. 2009]. Repozitá záv re ných prací. Bakalá ská práce. Univerzita Karlova v Praze, 3. léka ská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jana Holubová.

19P ÍLOHY

P íloha A- <i>MFS</i>	110
P íloha B - <i>Barthel v test základních v-edních inností</i>	111
P íloha C - <i>Roz-í ená stupnice dekubit dle Nortonové</i>	112
P íloha D - <i>Záznam hodnocení bolesti u prvního pacienta</i>	113
P íloha E - <i>Záznam hodnocení bolesti u druhého pacienta</i>	114
P íloha F - <i>Záznam hodnocení bolesti u t etího pacienta</i>	115

MFS (MORSE FALL SCALE)

Stupnice pádů Morse Proměnná	Stupnice	Hodnocení
1. Pády v anamnéze: nyní nebo v posledních 3 měsících	ne 0 ano 25	
2. Vedlejší diagnóza	ne 0 ano 15	
3. Pomůcky k chůzi klid na lůžku/pomoc sestry berle/hůl/chodítka nábytek	0 15 30	
4. i.v. vstup/heparinová zátka	ne 0 ano 25	
5. Chůze/pohyb normální/klid na lůžku/nemobilní slabé zhoršené	0 15 30	
6. Duševní stav vědom si svých možností zapomíná na své omezení	0 15	

Hodnocení míry rizika	Hodnocení MFS	Opatření
Bez rizika	0 – 24	Dobrá základní ošetrovatelská péče
Nízké riziko	25 – 50	Standardní opatření k prevenci pádu
Vysoké riziko	Více nebo rovno 51	Opatření u vysoce rizikových pac.

Obrázek 4- MFS

Joint Commission Resource. Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9

P íloha B - *Barthel v test základních v-edních inností*

	innost	Provedení innosti	Bodové skóre
1.	P íjem potravy a tekutin	samostatn bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatn bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatn nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatn nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence mo i	pln inkontinentní	10
		ob as inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	pln inkontinentní	10
		ob as inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatn bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	P esun l fko ó fidle	samostatn bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sed t	5
		neprovede	0
9.	Ch ze po rovin	samostatn nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Ch ze po schodech	samostatn bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

Obrázek 5 - Barthel v test základních v-edních inností

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005, s. 214, ISBN 90-7262-365-6

Příloha C - Rozšířená stupnice dekubitů dle Nortonové

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita	
Úplná	4	do 10	4	Normální	4	Žádné	4	Dobry	4	Dobry	4	Úplná	4	není	4	chodí	4
Malá	3	do 30	3	Alergie	3	*	3	zhoršený	3	Apatický	3	částečně omezená	3	občas	3	S doprovodem	3
Částečná	2	do 60	2	Vlhká	2		2	Špatný	2	Zmatený	2	velmi omezená	2	převážně močová	2	sedačka	2
Žádná	1	60+	1	Suchá	1		1	velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Žádná	1	stolice i moč	1	upoután na lůžko	1

Obrázek 6 - Rozšířená stupnice dekubitů dle Nortonové

* diabetes, teplota, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom podle stupně závažnosti 3 - 1 bod

TRACHTOVÁ, Eva a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

P íloha D - Záznam hodnocení bolesti u prvního pacienta



Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

Příjmení, jméno, iniciály: *B.P.*
 Rok narození: *1945*
 DG.: *COXARTHROSIS 1ain*

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

Příjmení, jméno studenta/tky:

Ročník, obor:

DATUM <i>6.10.2016</i>		kde to bolí:		jak to bolí:		Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická		Vnímána: <input type="checkbox"/> přiměřeně <input checked="" type="checkbox"/> zvýšeně - kdy: <i>TŘI POHYBY</i>	
Hod 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6				<input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input checked="" type="checkbox"/> řezavá <input checked="" type="checkbox"/> pulsující <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná		Co ji tiší: <i>ANALGETIKA</i> Co ji vyvolává: <i>POHYB</i> Vliv na vznik negat.emocí - jakých: <i>STRACH</i>		Hodnocení bolesti studentkou/tem: <i>po operaci pacientka udávala vystřelující a řezavou bolest. Bolest poctivela v intenzitě VAS 5, proto jí byl aplikován ve 14:00 Diprolobor 15mg s.c. Po podání se bolest snížila na stupeň c.3. K večeru měla pacientka bolest intenzity VAS 6. Byl jí aplikován Sufentanil 0,01mg v 19:00.</i>	
MEDIKACE - NÁZEV, DÁVKA, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE		PIPIDOLOR 15mg s.c. ve 14:00, 20:00 SUFENTANIL 0,01mg inv. v 19:00		RHB: ... úlevová poloha: <i>ANO</i> psychoterapie: adjuvatní medikace: jiné:					
DATUM <i>7.10.2016</i>		kde to bolí:		jak to bolí:		Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická		Vnímána: <input type="checkbox"/> přiměřeně <input checked="" type="checkbox"/> zvýšeně - kdy: <i>TŘI POHYBY</i>	
Hod 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6				<input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input checked="" type="checkbox"/> řezavá <input checked="" type="checkbox"/> pulsující <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná		Co ji tiší: <i>ANALGETIKA</i> Co ji vyvolává: <i>POHYB</i> Vliv na vznik negat.emocí - jakých: <i>STRACH</i>		Hodnocení bolesti studentkou/tem: <i>Po probuzení se pacientka stěžovala na bolest o intenzitě VAS 7. Všeobecná sestra jí aplikovala Diprolobor 15mg s.c. v 6:00. Analgetika byla do hodiny účinná. Bolest se poté zhoršila v 10:00 na intenzitě VAS 7. Všeobecná sestra aplikovala Dolminu 50mg s.tl. dle ord. lékaře. Poté byla aplikována další analgetika p.o.</i>	
MEDIKACE - NÁZEV, DÁVKA, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE		DIPIDOLOR 15mg s.c. v 6:00 DOLMINA 50mg s.tl. p.o. v 10:00 PARACETAMOL 500mg s.tl. p.o. v 13:00		RHB: ... úlevová poloha: <i>ANO</i> psychoterapie: adjuvatní medikace: jiné:					

Příloha E - Záznam hodnocení bolesti u druhého pacienta



Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

Příjmení, jméno, iniciály: J.S.
Rok narození: 1957
DG: COXARTHROSIS 1.DX.

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

Příjmení, jméno studenta/tky:

Ročník, obor:

DATUM: 11.10.2016 Hod: 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6 VAS 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1		kde to bolí: 	jak to bolí: <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input checked="" type="checkbox"/> řezavá <input type="checkbox"/> pulsující <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná	Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická Vnímána: <input type="checkbox"/> přiměřeně <input checked="" type="checkbox"/> zvýšeně - kdy:	Co ji tiší: ANALGETIKA Co ji vyvolává: POHYB Vliv na vznik negativních emocí - jakých: STRACH, NEKLID Hodnocení bolesti studentkou/tem: Pacient po operaci prožíval bolest intenzity VAS 7, proto mu všeobecná sestra aplikovala Dipidolor 15 mg s.c. ve 12 ⁰⁰ . Po hodině pacient udával snížení bolesti, ale ve 16 ⁰⁰ se opět vztával na bolest intenzity VAS 7. Všeobecná sestra mu aplikovala Novalgín 1g i.v. dle ordinace lékaře. Bolest u pacienta polevila o 2 stupně. Před spaním mu bylo opět aplikováno Dipidolor 15 mg s.c. dle ord. lékaře.
MEDIKACE - NÁZEV, DÁVKA, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE DIPIDOLOR 15 mg s.c. ve 12 ⁰⁰ , 22 ⁰⁰ NOVALGIN 1g i.v. ve 16 ⁰⁰		Podpůrné prostředky: RHB: ... úlevová poloha: ANO... psychoterapie: adjuvatní medikace: jiné:			
DATUM: 12.10.2016 Hod: 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6 VAS 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1		kde to bolí: 	jak to bolí: <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input checked="" type="checkbox"/> řezavá <input type="checkbox"/> pulsující <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná	Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická Vnímána: <input type="checkbox"/> přiměřeně <input type="checkbox"/> zvýšeně - kdy:	Co ji tiší: ANALGETIKA Co ji vyvolává: POHYB Vliv na vznik negativních emocí - jakých: STRACH, NEKLID Hodnocení bolesti studentkou/tem: Pacient po probuzení prožíval opět bolest intenzity VAS 7, kvůli které byl neklidný. Všeobecná sestra mu podala Novalgín 1g i.v. ve 5:45. Analgetika byla po dvou hodinách účinná a snížila intenzitu bolesti o 2 stupně.
MEDIKACE - NÁZEV, DÁVKA, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE NOVALGIN 1g i.v. ve 5:45, 18:00 DIPIDOLOR 15 mg s.c. ve 14:00		Podpůrné prostředky: RHB: ... úlevová poloha: ANO... psychoterapie: adjuvatní medikace: jiné:			

Příloha F - Záznam hodnocení bolesti u tohoto pacienta



Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

Příjmení, jméno, iniciály: M.S.
Rok narození: 1953
DG.: COXARTHROSIS 1 DX.

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

Příjmení, jméno studenta/ky:

Ročník, obor:

DATUM 4.10.2016 Hod 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6 VAS 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1		kde to bolí: 	jak to bolí: <input checked="" type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> řezavá <input checked="" type="checkbox"/> pulsující <input checked="" type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná	Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická Vnímána: <input type="checkbox"/> přiměřeně <input checked="" type="checkbox"/> zvýšeně - kdy: PŘI POHYBU Co ji tiší: ANALGETIKA Co ji vyvolává: POHYB Vliv na vznik negat.emocí - jakých: STRACH Hodnocení bolesti studentkou/tem: Po operaci udávala pacientka tupou bolest, která sahala do oblasti břišní. Bolest prořezávala v intenzitě na VAS 6, proto jí byl aplikován Diclodol 15mg s.c. ve 13:45. Po podání se bolest snížila na VAS 4. Nadále vyžadovala analgetika, která jí byla podána i.v.
MEDIKACE - NÁZEV, DÁVKA, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE DIPIDOLOR 15mg s.c. ve 13:45		Podpůrné prostředky: RHB: .. úlevová poloha: ANO... psychoterapie: adjuvatní medikace: jiné:		
DATUM 5.10.2016 Hod 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6 VAS 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1		kde to bolí: 	jak to bolí: <input checked="" type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> řezavá <input checked="" type="checkbox"/> pulsující <input checked="" type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná	Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická Vnímána: <input type="checkbox"/> přiměřeně <input checked="" type="checkbox"/> zvýšeně - kdy: PŘI POHYBU Co ji tiší: ANALGETIKA Co ji vyvolává: POHYB Vliv na vznik negat.emocí - jakých: - Hodnocení bolesti studentkou/tem: Ráno v 5:30 si pacientka stěžovala na bolest v intenzitě VAS 5. Byl jí opakovaně podán Diclodol 15mg s.c., který snížil intenzitu bolesti na VAS 4. Pacientka nadále prořezávala bolest, proto jí byla podána analgetika per os.
MEDIKACE - NÁZEV, DÁVKA, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE DIPIDOLOR 15mg s.c. ve 5:30 Paracetamol 1g r.o. ve 13:30, 18:00		Podpůrné prostředky: RHB: .. úlevová poloha: ANO... psychoterapie: adjuvatní medikace: jiné:		

20 MAPA PÉČE

Tato mapa péče vznikla jako výstup bakalářské práce na téma Předoperační a pooperační péče u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Autor: Helena Smejkalová. Rok: 2017.

Mapa ošetřovatelské péče je určena pro rehabilitační pracovníky soukromé nemocnice, kteří napomáhají rehabilitaci pacientů před a po operaci TEP kyčelního kloubu.

Návod k užívatí:

Fyzioterapeut mapu ošetřovatelské péče použije již při příjmu pacienta na standardní ortopedické oddělení. V úvodu si přečte shrnutí vstupních vyšetření. Pro edukaci pacienta mu slouží obrázky, kde jsou znázorněny zakázané pohyby pacienta po TEP kyčelního kloubu. Informace pacientovi předkládá srozumitelně a ověří si, jestli jim rozumí. Mapu ošetřovatelské péče si ponechá fyzioterapeut a každý den ji může využít při kontaktu s pacientem. V mapě péče je shrnuta veškerá rehabilitace den po dni dle standardů ortopedického oddělení. Na konci jsou sepsány doporučení pro pacienta při propuštění domů, která by fyzioterapeut měl několikrát zmínit.

P EDOPERA NÍ FÁZE

Vstupní fyzioterapeutická vyšetření

Antropometrické vyšetření
Goniometrické vyšetření
Svalový test

Vyšetření zkrácených svalů
Hodnocení správného držení těla
Vyšetření chůze

Odběr anamnézy

Nachystání a zvolení vhodných kompenzačních pomůcek

Nácvik chůze o FB - trojdobá chůze s odlehčením operované DK

Edukace zakázaných pohybů (viz. Obr. 1, Obr. 2, Obr. 3) a refleximová opatření (Dungl, 2014, s. 795; Rozkydal, 2012, s. 49)






Obr. 1 Zakázaný pohyb o zkrácení nohy - zdroj vlastní tvorby





Obr. 2 Operovaná končetina o ohnutí více než 90° - zdroj vlastní tvorby



Obr. 3 Zakázaný pohyb o ohnutí končetiny - zdroj vlastní tvorby

AKUTNÍ FÁZE - b hem hospitalizace		
1. opera ní den	2. opera ní den	3. opera ní den
Dechová cvi ení	Ky elní kloub do flexe (60°), abdukce s asistencí	Nácvik ch ze o 2 FB po pokoji
Cévní gymnastika	Samostatný sed	Vlefe: cvi ení pro celkové posílení sval DKK (p itahování -pi ek - viz. Obr. 10, 11), kontrakce hýfl ových a stehenních sval)
Pohyby v hlezenním kloubu u operované kon etiny	Samostatné cvi ení na l flku	Cvi ení pro posílení adduktor a abduktor ky elního kloubu vlefe na zádech s pokr enými DKK (pokr ená kolena proti odporu ó viz. Obr. 12)
Nácvik sedu s DK mimo l flko p es operovaný bok	Stoj í ch ze o dvou FB	Vsed : Posilování m. quadriceps femoris
Ptáme se, zda se pacientovi neto í hlava, p idrflujeme ho nebo mu umořníme op ít horní kon etinu o l flko tak, aby udržel rovnováhu (Morkesová, 2008, s. 38)	Opakování cvi ení z p edchozího dne i samostatn (Morkesová, 2008, s. 38)	Posilování horních kon etin (m. triceps brachii se zát flí)
		Zvy-uje se rozsah pohybu v ky elním kloubu (Knířlová, 2008, s. 29)
		
Obr. 4 ó P itahování -pi ek ó zdroj vlastní tvorby	Obr. 5 ó Odtahování -pi ek ó zdroj vlastní tvorby	Obr. 6 ó Pokr ená kolena ó zdroj vlastní tvorby

4. den po operaci	5 - 6. den po operaci	
Opakování cviků z předchozích dnů	Podle kondice pacienta přidáváme i cvičení vestoje (pacient se drží pevné opory, u které stojí zdravým bokem, cvičí pouze operovanou DK)	
Chůze o FB na chodbě	Podle kondice pacienta - chůze do schodů (zdravá DK - nemocná DK - berle)	
Nacvičení správného sedu (viz. Obr. 13) poltá, klín mezi kolena při pětání na bok (Viz. Obr. 14)	Podle kondice pacienta - chůze do schodů (berle - nemocná DK - zdravá DK)	
 <p data-bbox="286 1002 833 1070">Obr. 7 Nacvičení správného sedu zdroj vlastní tvorby</p>	 <p data-bbox="900 1002 1400 1070">Obr. 8 Poltá mezi kolena zdroj vlastní tvorby</p>	<p data-bbox="1473 965 2011 1002">(Sosna, 2003, s. 23; Knířlová, 2008, s. 38)</p>

7. - 10. den	Propu-t ní	
Cvi ení s overbalem	Vyjmutí (extrakce) steh	Nenosit p edm ty t fl-í neř 5 kg.
Ch ze o berlích ze schod do schod	Zopakování opat ení po TEP ky elního kloubu	Neobouvat si ponořky a boty sám v prvních –esti týdnech (poté dlouhá lfíce)
Zvy-ová ní sob sta nosti	Nácvik nasedání do auta - p í sedání nejprve pacient usedne z boku na sedadlo s natařenou operovanou DK a potom se p eto í elem dop edu	Nep et řovat jednostrann operovanou DK ó st ídat polohy sed-leh-ch ze, nese t stejn , alespo jednu za 30 minut m nit polohu
	P edání informací v písemné podob	Nedoskakovat na operovanou DK
	Nedoporu ené innosti: nese t v hlubokých a pohodlných k eslech a vřdy, kdyř si pacient sedá, m l by DK natáhnout í p edsunout p ed sebe	Vyvarovat se sport ó kontaktních, jízdy na koni, prud-řho b hu a skok , sjezdového lyřování v hor-řm terénu, fotbalu
	Ned lat d epy, neshýbat se a nep edklán t.	Doporu ené innosti (sport): Plavání, jízda na kole, turistika, golf, procházky
	Nep etá et se na l řku bez pol-tá e mezi koleny a bércei, to op t m ře vyvolat zevní rotaci a addukci	Ne ídit 6 týdn od operace automobil
	Nepouřívát na ch zi pantofle nebo ba kory, ale pevné boty s pevnou podrářfkou	(Dungl, 2014, s. 798; Repko, 2012, s. 172)



Obr. 9 ó Cvi ení s overbalem ó zdroj vlastní tvorby



Obr. 10 ó Cvi ení s overbalem- zdroj vlastní tvorby



Obr. 11- Cvi ení s overbalem- zdroj vlastní tvorby



Obr. 12- Cvi ení s overbalem- zdroj vlastní tvorby

Použitá literatura

DUNGL, Pavel. Ortopedie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 1168 s. ISBN 978-80-247-4357-8

KNÍŽOVÁ, Hana. Léčebná a rehabilitační výchova u totální endoprotézy kyčelního a kolenního kloubu. *Florence*. 2008, 4(1), 29-30 s. ISSN 1801-464X

MORKESOVÁ, Marka a Svatava URBANCOVÁ. Péče o pacienta po implantaci totální endoprotézy z pohledu fyzioterapeuta. *Sestra*. 2008, 18(5), 38-39 s. ISSN 1210-0404

REPKO, Martin. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 186 s. ISBN 978-80-7013-549-5

ROZKYDAL, Zbyněk a Richard CHALOUPKA. *Výševé metody v ortopedii*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012, 70 s. ISBN 978-80-210-5902-3

SOSNA, Antonín, David JAHODA a David POKORNÝ. *Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a rekonstrukční opatření*. Praha: Triton, 2003, 58 s. ISBN 80-7254-302-4

Ilustrace a tabulky

Fotografie 1 až 12 z zdrojů vlastní