



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

---



Ústav ošetrovatelství

**Domácí péče u pacientky  
s totální endoprotézou kyčelního kloubu**

*Homecare of the Patient with Total Hip  
Arthroplasty*

případová studie

*bakalářská práce*

Hradec Králové, březen 2008

Lenka Kunartová

bakalářský studijní program: Ošetrovatelství  
studijní obor: Zdravotní vědy

**Autor práce:** Lenka Kunartová

**Studijní program:** Ošetřovatelství

**Bakalářský studijní obor:** Zdravotní vědy

**Vedoucí práce:** Mgr. Jana Holubová

**Pracoviště vedoucího práce:** Ústav ošetřovatelství 3. LF UK

**Odborný konzultant:** MUDr. Vladimír Pacovský

**Pracoviště odborného konzultanta:** Ortopedicko-traumatologická klinika  
3. LF UK a FNKV

**Datum a rok obhajoby:** ..... 2008

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Hradci Králové dne 19. 3. 2008

Lenka Kunartová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala za pomoc a odborné konzultace vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Janě Holubové a odbornému konzultantovi panu MUDr. Vladimíru Pacovskému.

# Obsah

<b>OBSAH</b> .....	<b>5</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>1. KLINICKÁ ČÁST</b> .....	<b>7</b>
1.1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	7
1.1.1 <i>Anatomický základ</i> .....	7
1.1.2 <i>Patogeneze a etiologie</i> .....	7
1.1.3 <i>Rizikové faktory</i> .....	8
1.1.4 <i>Klinický obraz</i> .....	8
1.1.5 <i>Diagnostika</i> .....	9
1.1.6 <i>Terapie</i> .....	9
1.1.7 <i>Možné komplikace totální náhrady kyčelního kloubu</i> .....	11
1.1.8 <i>Pooperační doporučení</i> .....	11
1.2 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM.....	12
1.2.1 <i>Údaje z lékařské anamnézy při přijetí pacientky</i> .....	12
1.2.2 <i>Průběh hospitalizace</i> .....	13
<b>2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b> .....	<b>14</b>
2.1 CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU.....	14
2.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	16
2.3 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	20
2.4 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN KRÁTKODOBÝ.....	21
2.4.1 <i>Ošetřovatelská diagnóza porucha integrity kůže</i> .....	21
2.4.2 <i>Ošetřovatelská diagnóza zhoršená pohyblivost</i> .....	22
2.4.3 <i>Ošetřovatelská diagnóza - deficit sebepěče - při koupání, oblékání</i> .....	23
2.4.4 <i>Ošetřovatelská diagnóza - porucha spánku</i> .....	25
2.4.5 <i>Ošetřovatelská diagnóza - bolest akutní v oblasti beder</i> .....	26
2.4.6 <i>Ošetřovatelská diagnóza - snížená schopnost vést vlastní domácnost</i> .....	27
2.4.7 <i>Potencionální ošetřovatelská diagnóza - riziko pádu</i> .....	28
2.4.8 <i>Potencionální ošetřovatelská diagnóza - sociální izolace</i> .....	29
2.5 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN DLOUHODOBÝ.....	30
2.6 PSYCHOLOGIE NEMOCNÉ.....	31
2.7 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA.....	31
2.8 PROGNÓZA.....	31
2.9 EDUKACE.....	32
<b>3. ZÁVĚR</b> .....	<b>34</b>
<b>RESUMÉ</b> .....	<b>35</b>
<b>SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY</b> .....	<b>36</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	<b>37</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>38</b>

## Úvod

Cílem této bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče v domácím prostředí u pacientky J. K. (55 let) s totální endoprotézou kyčelního kloubu.

Jedním z důvodů pro napsání případové studie právě na toto téma byla idea zjistit, jak se s určitým omezením a změnami, jež přináší život s totální endoprotézou krátce po propuštění z nemocničního prostředí klientka a její rodina, dovedou vyrovnat. Neboť někteří pacienti si před operací tohoto typu neuvědomují, možná plně nepřipouštějí určitá omezení, jež budou následovat a zasahovat do každodenního života, a to i přes to, že byli před výkonem řádně informováni.

Práce má klinickou a ošetrovatelskou část.

V klinické je zmíněna charakteristika artrózy kyčelního kloubu a možnosti její léčby. Jsou zde také uvedeny základní údaje o zvolené klientce a o průběhu hospitalizace.

Ošetrovatelská část je věnována ošetrovatelskému procesu, objasnění pojmu a praktickému použití jednotlivých fází ošetrovatelského procesu dle koncepčního modelu Marjory Gordonové u vybrané pacientky. Na základě údajů z lékařské dokumentace, získání anamnestických informací při rozhovoru s klientkou a zhodnocení jejího stavu vyšetřením fyziologických funkcí a soběstačnosti jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy. Následně navržen krátkodobý plán ošetrovatelské péče a jednotlivé intervence, které by měly vést k odstranění problému. Dále je popsána realizace plánu a zhodnocení efektu poskytnuté péče. Problémy, které je třeba řešit v průběhu delšího časového horizontu, jsou zahrnuty do dlouhodobého ošetrovatelského plánu.

Následně je v práci zmíněn psychický stav klientky, pooperační adaptace na novou situaci, sociální problematika, prognóza dalšího vývoje vzhledem k daným možnostem pacientky a uveden návrh edukačního plánu pro klientku a její rodinu.

V závěrečné části práce je zhodnocen průběh spolupráce s klientkou, přínos domácí péče.

# 1. Klinická část

Totální endoprotéza kyčelního kloubu byl zvolený prostředek léčby pacientky z této případové studie. Základním onemocněním, které svým vývojem dospělo ke zvolené léčbě, byla artróza kyčelního kloubu. Níže budou zmíněny obecné informace o tomto postižení kyčelního kloubu.

## 1.1 Charakteristika onemocnění

Koxartróza je degenerativní postižení kyčelního kloubu.

### 1.1.1 Anatomický základ

Kyčelní kloub je kulovitý omezený kloub mezi kostí pánevní a stehenní. Jamku kloubu tvoří jamka pánevní kosti (acetabulum), pouze poloměsíčitá plocha acetabula (facies lunata), a hlavici hlavice stehenní kosti (caput femoris). Kapacita kloubní jamky je zvětšena chrupavčítým lemem (labrum acetabularae), dno je vystláno tukovým polštářem.

Kloubní chrupavka kryje pouze horní část acetabula, na spodině jamky, kam nezasahuje hlavice femuru, chrupavka není. Hyalinní chrupavka femuru je nejsilnější na přední ploše hlavice.

Kloubní pouzdro je silné a pevné. Na pánevní kosti se upíná po okrajích styčných ploch a na stehenní kosti tak, že vpředu je krček uložen uvnitř pouzdra v celém rozsahu, vzadu pouze částečně. Kloubní pouzdro je zesíleno vazy (ligamentum ileofemorale, pubofemorale, ischiofemorale a zona orbicularis).

V kyčelním kloubu lze provádět tyto pohyby: flexe, extenze, abdukce, addukce, vnitřní rotace a zevní rotace (3,7).

### 1.1.2 Patogeneze a etiologie

Koxartróza je degenerativní kloubní onemocnění charakterizované degradací kloubní chrupavky, subchondrální sklerózou, tvorbou osteofytů a změnami měkkých tkání zahrnujících synoviální membránu, kloubní pouzdro, kloubní vazy a svaly.

Patogeneze je multifaktoriální a není přesně objasněna. Hlavní těžiště patogeneze spočívá v metabolických pochodech poškozené kloubní chrupavky. Chrupavka se postupně snižuje, ztrácí elasticitu, dochází k obnažování subchondrální kosti. Obnažená kost a kost ležící při okraji kloubu reaguje nadměrným kostním bujením, což vede k tvorbě osteofytů. Čas a dysfunkce, která se projeví nevýhodnými změnami mechaniky kloubu, vedou k postupnému opotřebení kloubu.

Osteoartrotický proces může postihnout různé části kyčelního kloubu. Nejčastější je forma superolaterální, vyskytuje se v 60 % případů, vede k destrukci hlavice femuru. Méně častá je mediokaudální forma, vyskytuje se u sportovně aktivních mužů s výraznou muskulaturou. Nejméně častá je koncentrická forma postihující celý kyčelní kloub.

Artrózu lze rozdělit na idiopatickou, její příčina není známa, a sekundární, která vzniká na podkladě poškození kloubu jiným patologickým procesem (vrozená dysplazie kyčelního kloubu, záněty, úrazy, Perthesova nemoc a další). (5,6,13)

### **1.1.3 Rizikové faktory**

Mezi rizikové faktory vzniku a rozvoje artrózy patří: věk, pohlaví, genetická predispozice, poruchy biomechaniky, vrozená dysplazie kyčelního kloubu, úrazy, nadváha, přetěžování kloubu (těžká fyzická práce, vrcholový sport). (5,6,13)

### **1.1.4 Klinický obraz**

Onemocnění se projevuje bolestí vznikající při zátěži, zejména statické, dále se objevuje startovací bolest na začátku pohybu. V pokročilejším stadiu se objevuje i bolest klidová, rušící spánek. Bolest se z kyčelního kloubu promítá do třísla a do hýžděvé krajiny, může vystřelovat až do kolena. Dalšími příznaky jsou pocit ztuhlosti s obtížným vstáváním ze sedu, kulhání. Dochází k omezení hybnosti v kloubu, omezen je aktivní i pasivní pohyb. Při pasivním pohybu jsou slyšet krepitace. Známkou pokročilé artrózy je zevně rotační postavení končetiny, omezení abdukce, nemožnost vnitřní rotace, flekční kontraktura a svalová atrofie v gluteální oblasti. Může dojít ke zkrácení délky postižené končetiny. (5,6,13)



### 1.1.5 Diagnostika

Diagnózu lze stanovit na základě klinického vyšetření a výsledků zobrazovacích metod.

Součástí klinického vyšetření je: anamnéza, vyšetření chůze, délek končetin, rozsahu pohybu, palpace kyčelní krajiny, neurologické a cévní vyšetření končetiny.

Ze zobrazovacích metod lze využít: rentgen (RTG) pánve k posouzení obou kyčelních kloubů, počítačovou tomografií (CT), magnetickou rezonancí (MR).

RTG stadia dle Kellgrena-Lawrence umožňují rozdělení koxartrózy dle závažnosti. I. stadium: zúžení kloubní štěrbině mediálně a počátek tvorby osteofytů okolo hlavice. II. stadium: určité snížení kloubní štěrbině, jsou vytvořeny zřetelné osteofyty a subchondrální skleróza. III. stadium: kloubní štěrbině je výrazně zúžena, jsou přítomny osteofyty, deformace tvaru hlavice i acetabula. IV. stadium: vymizení kloubní štěrbině, pokročilá deformace hlavice i acetabula. (13)

### 1.1.6 Terapie

Léčbu lze rozdělit na konzervativní a chirurgickou.

Konzervativní terapie zahrnuje: režimová opatření, rehabilitaci a farmakoterapii.

K režimovým opatřením řadíme: snížení hmotnosti při nadváze a udržení přiměřené váhy, vyvarování se přetěžování kloubu dlouhodobým statickým zatížením, ale i dlouhou chůzí, skoky, tvrdými dopady. Při nestejně délce končetin snaha o maximální možnou korekci délky (podpatěnky).

Z rehabilitačních postupů lze využít: pohybovou terapii k udržení pohyblivosti kloubu, k posilování svalstva a k prevenci kontraktur, fyzikální terapii ke snížení bolesti (elektroterapie, magnetoterapie). K chůzi lze využít oporu (francouzské berle).

Farmakologická léčba se používá zejména ke zmírnění bolesti. Používají se: analgetika, nesteroidní antirevmatika (NSA), chondroprotektiva (SYSADOA - symptomaticky pomalu působící léky v léčbě osteoartrózy).

U NSA jde pouze o symptomatickou léčbu, progresu osteoartrózy se nezpomalí. Je-li schopnost signalizovat bolestí patologický proces tlumena dlouhodobým podáváním NSA, může docházet k přetěžování postiženého kloubu a

k urychlení rozvoje osteoartrózy. Tyto léky mají řadu nežádoucích účinků, např.: gastrointestinální komplikace.

SYSADOA jsou léky, které působí přímo na kloubní chrupavku, mají schopnost zpomalit degenerativní proces a snížit kloubní bolest, ale v pokročilých stádiích jsou již bez efektu. Jedná se o léky s pomalým nástupem účinku (obvykle až po 2 měsících léčby), ale s dlouhodobým přetrváváním pozitivního účinku, po vysazení nejméně po dobu 2 měsíců. Nežádoucí toxické účinky se nevyskytují.

Pokud konzervativní léčba pacientovi neuleví, bolest trvá, je výrazné omezení funkce kloubu a nejsou známy kontraindikace (např.: závažné interní onemocnění, chronická nebo neléčená infekce kdekoliv v organismu, neochota nebo nezpůsobilost nemocného k aktivní spolupráci), nastupuje možnost volby operační léčby - totální endoprotéza kyčelního kloubu (TEP kyčelního kloubu), implantát nahrazující obě artikulující části kloubu.

Podle typu ukotvení do kosti rozlišujeme cementované TEP kyčle, kdy obě komponenty jsou fixovány kostním cementem (chemicky metylmetakrylát), necementované, kdy jsou komponenty fixovány do kosti bez cementové mezivrstvy, a hybridní endoprotézy, zde je každá komponenta fixována rozdílnou technikou.

Každá endoprotéza se skládá z femorálního dřívku, na jehož krček je nasazována hlavička a další komponentou je jamka.

Dřík je zaváděn do dřeňové dutiny stehenní kosti. Dřívky jsou vyráběny z antikorozi oceli nebo slitiny chromu, kobaltu a molybdenu, další možností je slitina titanu. Necementované dřívky mají zásadně neleštěnou úpravu s různou formou drsnosti. Cementované dřívky jsou vyráběny pouze v povrchově leštěné variantě.

Hlavička je vyráběna buď ze stejného materiálu jako dřík nebo ze speciální keramiky. Základním požadavkem je maximální hladkost povrchu hlavičky. Hlavička může být zhotovena jako součást dřívku ve formě monobloku, na výrobu se používá jeden druh materiálu, nebo je zhotovena samostatně a na dřík nasazována, zde může být dřík a hlavička z různého materiálu.

Jamka (acetabulární komponenta) se může lišit dle použitého materiálu, povrchové úpravy, typu ukotvení do kosti. Necementované jamky se skládají z kovové komponenty a artikulární vložky, ta může být polyetylenová, keramická nebo kovová. Cementované jamky mají pouze jednu část - polyetylenová část.

Za otce prvních moderních endoprotéz je považován anglický ortoped sir John Charnley, který v roce 1961 publikoval svou práci "Arthroplasty of the hip - a new operation". U nás díky spolupráci profesora Čecha z I. ortopedické kliniky v Praze s kladenskou hutí Poldi byla první generace implantátů zavedena do klinické praxe v roce 1970. (5,6,12,13)

### **1.1.7 Možné komplikace totální náhrady kyčelního kloubu**

Komplikace mohou vzniknout peroperačně nebo v pooperačním období. Mezi peroperační komplikace patří fraktura femuru, masivní krvácení, poranění nervů, nejzávažnější komplikací je smrt, její příčinou může být masivní infarkt myokardu, velké nezvladatelné krvácení, kardiopulmonální selhání nebo embolizace.

Pooperační období může být zkomplikováno bolestí mající nejruznější příčinu - uvolnění endoprotézy, infekce. Další komplikace jsou nervová paréza, tromboembolická nemoc, heterotopická osifikace, luxace TEP, periprotetická zlomenina, nestejná délka končetin. (5,6,12,13)

### **1.1.8 Pooperační doporučení**

- dodržovat doporučený pohybový režim: vyvarovat se přinožení, ohnutí nad 90°, zevní rotaci operované končetiny, pokládání operované končetiny přes druhou končetinu ("noha přes nohu"), zvedání dolní končetiny s propnutým kolenem, hlubokých předklonů - všechny tyto pohyby nadměrně zatěžují kyčelní kloub a mohou vést k vykloubení endoprotézy
- k chůzi používat francouzské hole (podpažní berle) a dodržovat zatížení operované končetiny dle doporučení operatéra
- při přetáčení na lůžku na neoperovaný bok vkládat mezi kolena polštář (abdukční klín), aby nedošlo k přinožení končetin
- nadále používat elastické punčochy (bandáže)
- k sedu volit vyšší židli, ne hluboké křeslo - kyčelní kloub může být ohnutý maximálně do 90°

- na toaletní mísu je vhodné umístit nástavec, tím se zabrání nadměrnému ohnutí v kyčelním kloubu (předpis na vydání nástavce ve zdravotnických potřebách poskytne lékař), pro snadnější mobilitu je vhodné opatřit madlo na stěnu u WC
- k celkové očištění těla se doporučuje sprchování ve sprchovém koutě, v pozdějším období je možné i koupání ve vaně, vhodné je opatřit vanu sedátkem
- při cestování automobilem je ideální sedět na zadním sedadle a operovanou dolní končetinu mít položenou na tomto sedadle, řízení automobilu se doporučuje nejdříve za 3 měsíce po operaci
- při výskytu jakékoli infekce v organizmu navštívit praktického lékaře, je zvýšené riziko přenosu bakteriální infekce do okolí endoprotézy
- při sexuálních aktivitách dbát zřetel na nedoporučené pohyby, ohnutí kyčelního kloubu nad 90°, přinožení (4,12)

## **1.2 Základní údaje o nemocném**

Pacientka JK, 55 let, byla plánovaně hospitalizována k operaci totální endoprotézy levého kyčelního kloubu z důvodu postdysplastické koxartrózy. Hospitalizace trvala 20 dnů, poté byla klientka propuštěna do domácího prostředí.

### **1.2.1 Údaje z lékařské anamnézy při přijetí pacientky**

Osobní anamnéza: arteriální hypertenze, diabetes II. typu na perorálních antidiabetikách, nadváha (76 kg, výška 160 cm).

Rodinná anamnéza: nevýznamná.

Alergická anamnéza: pacientka neguje.

Farmakologická anamnéza: Tenormin 1-0-1, Moduretic 1/2-0-0, Metformin 1-1-1.

Nynější onemocnění: progredující bolestivost a omezování hybnosti levého kyčelního kloubu. Dle vyjádření pacientky výskyt prvních obtíží (bolestivost v oblasti levého kyčelního kloubu) asi před pěti lety. Zpočátku bolest pouze při zátěži, postupně rozvoj bolesti při začátku pohybu a její propagace k levému kolenu, poslední půl rok

bolest i v klidu. Levá dolní končetina se zkratem 1-2 cm, palpačně bolestivá v oblasti třísla a velkého trochanteru.

Pacientka je čtyři roky v ambulantní péči ortopeda, třikrát absolvovala léčebný lázeňský pobyt, dvakrát s pozitivním efektem a dočasným ústupem bolesti, poslední pobyt již tento efekt neměl. Ke snížení bolesti ordinován Movalis. Jedenkrát absolvovala sérii fyzikální terapie – magnetoterapii, dle pacientky bez výrazného efektu. K vyrovnání délek končetin nosí nemocná v levé botě podpatěnku.

Nyní přijata k TEP levého kyčelního kloubu.

### **1.2.2 Průběh hospitalizace**

Provedena TEP levého kyčelního kloubu, použit byl necementovaný typ protézy. Peroperačně došlo ke zlomenině dysplastického proximálního femuru. Fraktura byla ošetřena cerkláží. Průběh hospitalizace proběhl bez komplikací, ale vzhledem k montáži na proximálním femuru se zpomalil průběh rehabilitace. Vertikalizována až 10. den. Zajištěna preventivní opatření tromboembolické nemoci (elastické bandáže dolních končetin, léky: Fraxiparine a Warfarin). Pacientka postupně převedena na perorální antidiabetika. Krevní tlak byl v rozmezí 120-140/80-90.

Před propuštěním se pacientka subjektivně cítila bez obtíží, rána i žíly byly klidné. Pacientka chodí o berlích bez zatěžování operované končetiny. Užívá následující léky: Tenormin 1-0-1, Moduretic 1/2-0-0, Metformin 1-1-1, Warfarin 5 mg 1x1, Osteodon 200 1 vdech denně, Vitacalcin 1-0-1, Vigantol 2 kapky denně.

Provedená vyšetření před propuštěním: RTG snímek - komponenty v dobrém postavení, bez známek uvolnění, vyšetření srážlivosti krve - QUIK (33,5 s), INR (2,81).

Při propuštění doporučeno: rehabilitace dle instruktáže fyzioterapeutky, chůze o berlích bez zatěžování operované končetiny, kontrola INR za týden po propuštění u praktického lékaře, ortopedická kontrola za čtrnáct dní.

## **2. Ošetrovatelská část**

Tato část je zaměřena na zpracování ošetrovatelského procesu dle koncepčního modelu Marjory Gordonové u zvolené klientky.

### **2.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu**

Ošetrovatelský proces je vědecká metoda poskytování ošetrovatelské péče. Umožňuje systematický způsob individualizovaného přístupu k ošetrování každého klienta v nemocniční i terénní péči. Uskutečňuje se v pěti fázích: 1. ošetrovatelská anamnéza - zhodnocení nemocného, zjišťování informací, 2. stanovení ošetrovatelské diagnózy, 3. plánování ošetrovatelské péče, 4. provedení navržených opatření, 5. hodnocení efektu poskytnuté péče.

Ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností prováděných ve prospěch klienta, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči. (14)

Marjory Gordonová vytvořila koncepční model nazývaný se Model fungujícího zdraví, který je výsledkem grantu financovaného v 80. letech minulého století federální vládou USA.

Autorka modelu je profesorka a koordinátorka ošetrovatelství dospělých na Boston College. Do roku 2004 byla prezidentkou North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Věnuje se výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče.

Model Marjory Gordonové je v současné době nejkomplexnější rámec pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie. Jedná se o model odvozený z interakcí osoba - prostředí. Zdravotní stav člověka je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce.

Základní strukturu tohoto modelu tvoří dvanáct oblastí, dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje součást zdravotního stavu člověka, který může být funkční nebo dysfunkční. (1, 9, 11)

#### Charakteristika dvanácti oblastí:

1. vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdravotního stavu - zahrnuje vnímání zdraví a pohody klientem a způsoby jakými pečují o své zdraví.
2. výživa, metabolismus - vyjadřuje způsob příjmu jídla a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu.
3. vylučování - obsahuje informace o způsobu vylučování střev, močového měchýře a kůže.
4. aktivita, cvičení - popisuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje aktivity denního života a volného času.
5. spánek, odpočinek - vyjadřuje způsob spánku, odpočinku, individuální vnímání kvantity a kvality spánku a odpočinku.
6. vnímání, poznávání - zahrnuje schopnost smyslového vnímání a poznávání, vnímání bolesti, stav kognitivních schopností (orientace, učení, myšlení, paměť, řeč).
7. sebepojetí, sebeúcta - popisuje, jak jedinec vnímá sám sebe, jeho emocionální stav.
8. plnění rolí, mezilidské vztahy - vyjadřuje způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů.
9. sexualita, reprodukční schopnost - zahrnuje reprodukční období a sexualitu, změny a problémy související s těmito oblastmi.
10. stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance - obsahuje způsob tolerance a zvládání stresových situací.
11. víra, přesvědčení, životní hodnoty - popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů, přesvědčení, včetně náboženské víry a transcendence (to, co překračuje naše smyslové nebo rozumové poznání).
12. jiné - zde je možné prezentovat jiné, důležité informace, které nebyly zmíněny v předchozích oblastech.

Popis a hodnocení jednotlivých vzorců zdraví umožní sestře rozpoznat, zda se u klienta jedná o funkční či nefunkční součást zdravotního stavu. Dysfunkční vzorec je projevem aktuálního problému člověka nebo může představovat potenciaální problém. Najde-li sestra takový vzorec, musí jej označit, zformulovat ošetrovatelskou diagnózu a pokračovat v dalších krocích ošetrovatelského procesu.

Model Marjory Gordonové lze uplatnit v primární, sekundární i terciální zdravotní a ošetrovatelské péči o jedince, rodiny či komunity. (1,9,11,14)

Domácí péče je forma zdravotní a sociální péče poskytovaná klientovi (klientce) v jeho (jejím) domácím prostředí.

## **2.2 Ošetřovatelská anamnéza**

Pacientku J. K., 55 let, jsem navštívila druhý den po propuštění z nemocnice, kde jí byla provedena operace totální endoprotézy levého kyčelního kloubu, v průběhu operačního výkonu došlo k fraktuře v proximální části femuru, zlomenina byla ošetřena cerkláží. Vzhledem k perioperační komplikaci se zpomalil průběh rehabilitace a prodloužila se doba hospitalizace na 20 dnů, dle propouštěcí zprávy probíhala bez komplikací. Klientka se pomalu aklimatizuje na domácí prostředí.

### **Hodnocení pacientky dle modelu Marjory Gordonové**

Níže budou uvedeny zjištěné informace z jednotlivých oblastí dle zvoleného koncepčního modelu.

#### **1. vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdravotního stavu**

Klientka před operací dlouhodobě trpěla bolestí v oblasti levého kyčelního kloubu, někdy s propagací ke kolenu. Bolest výrazně zasahovala do denních činností, omezovala většinu aktivity. K chůzi používala jednu francouzskou hůl.

Pacientka je zaměstnána jako úřednice, nyní pobývá půl roku v pracovní neschopnosti kvůli výše zmíněnému důvodu.

Podstoupenou operaci se snažila oddalovat, ale vzhledem k postupnému zhoršování stavu, začala implantaci endoprotézy vnímat jako jediné možné řešení. Tato hospitalizace byla první zkušeností s pobytem v nemocničním prostředí. Doposud absolvovala pouze léčebné lázeňské pobyty, celkem třikrát.

Klientka je nekuřačka. Alkohol pije příležitostně, přibližně dva decilitry vína za týden. Dodržuje lékařská doporučení, diabetickou dietu, omezené solení. V předoperačním období se snažila snižovat váhu, ale ne příliš úspěšně, jak sama hodnotí. Sportovní aktivity, které jí dovolila postižená kyčel před operací vykonávat, zbylo plavání. Oblíbenou jízdu na kole přestala provozovat pro zvyšování intenzity



bolesti. Musela též výrazně omezit práci na zahradě. Klientka se těší, že se postupně bude moci k oblíbeným aktivitám vrátit.

Svůj současný zdravotní stav pacientka hodnotí jako postupně se lepšící.

## **2. výživa, metabolismus**

Pacientka se snaží dodržovat diabetickou dietu, omezila příjem sacharidů a tuků, méně solí. Obvykle jí 4-5x denně po menších dávkách. Nyní má sníženou chuť k jídlu. Vypije 1,5-2,0 litrů tekutin, preferuje vodu, neslazené minerální vody a ovocné čaje. Jedenkrát denně vypije šálek kávy s mlékem.

Klientka má stálý chrup, je schopná konzumovat stravu běžné konzistence.

Body mass index činí 29,7 (při hmotnosti 76 kg a výšce 160 cm). Což značí nadváhu. Nyní pacientku nelze zvážit, použitá hodnota hmotnosti odpovídá stavu před operací.

Na zevní straně levého stehna má zhojenou jizvu, bez krust, s minimální citlivostí na dotek, kůže v okolí jizvy je sušší.

## **3. vylučování**

Po operaci měla klientka problém s vyprazdňováním střev, vyprazdňovala se obtížně, byla stresována z vyprazdňování na lůžku. Po vertikalizaci a možnosti vyprazdňovat se na běžné toaletě opatřené nástavcem se situace upravila. Stolice odchází ob den, je bez příměsí, což je stejný stav jako před operací.

Pacientka močí bez obtíží. Nezvrací. Nijak výrazně se nepotí se.

## **4. aktivita, cvičení**

Vykonávání volnočasových aktivit bylo před operací výrazně limitováno bolestivostí postiženého kloubu. Pacientka si chodila zaplavat, věnovala se některým činnostem na zahradě, přečetla si knihu, příležitostně zašla do divadla. Svůj volný čas ráda tráví s vnoučaty, doufá že, až se zotaví, bude moci s vnuky více cestovat. Doma byla zvyklá pečovat o domácnost.

Nyní si sama několikrát denně cvičí cviky doporučené fyzioterapeutkou v nemocnici. Množství cviků bylo lékařem omezeno vzhledem k perioperační zlomenině. Dodržuje zásady cvičení po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu,

o nichž byla v průběhu hospitalizace poučena. Vleže na zádech má mezi stehny abdukční klín, aby nedošlo k přinožení. Nevytáčí operovanou končetinu do zevní rotace. Na dolních končetinách má přiloženy elastické bandáže. Zvedání a ukládání na lůžko svede pacientka bez cizí pomoci, operovanou končetinu si přidrží pomocí popruhu z obinadla. Po bytě si přechází o podpažních berlích, operovanou končetinu nezatěžuje, obuty má zdravotnických pantofle. Na vycházku venku se zatím necítí dostatečně silná. Uvědomuje si riziko pádu a možných komplikací s ním spojených.

Klientka si jen stěžuje zvyká, že při některých běžných činnostech (např.: přenesení hrnku s čajem, talíře s jídlem, oblékání ponožek) potřebuje pomoc další osoby. Protože v bytě nemají sprchový kout, ale pouze vanu, pacientka stojí při provádění celkové hygieny ve velkém umyvadle položeném na zemi a sprchuje se za asistence manžela.

Pacientka se těší, až bude samostatnější. Doposud byla zvyklá pečovat o blízké. Roli, kdy je sama závislá na druhých, je pro ni nová a ne příliš příjemná.

### **5. spánek, odpočinek**

Před operací byla pacientka zvyklá spát průměrně 7 hodin denně, s usínáním neměla problémy, spala celou noc. Preferuje chladnější, dobře vyvětrané prostředí.

Nyní je spánek přerušovaný. Je to dáno i vymezenou polohou, klientka musí ležet pouze na zádech, na což není zvyklá. Někdy ji vzbudí bolest v bedrech nebo pocit napětí v operované končetině. Žádné léky na spaní ani analgetika neužívá. Pokouší se začíst do knížky, to někdy spánku napomůže. Větší část dne tráví pacientka na lůžku, zabavuje se četbou, poslechem rádia či sledováním televize. V průběhu dne se snaží příliš nespát.

### **6. vnímání, poznávání**

Pacientka je plně orientovaná, dobře komunikující.

Nosí brýle na čtení. Sluch, čich, chuť jsou v pořádku.

Pocituje občasnou bolest v oblasti beder, kterou přisuzuje dlouhodobějšímu ležení na lůžku v poloze na zádech. Bolest se zmírní při změně polohy (sed na okraji lůžka, chůze) nebo lehkým promasírováním citlivé oblasti.

## **7. sebepojetí, sebeúcta**

Klientka vnímá sebe samu jako osobu spíše optimistickou, klidné povahy, pevně si stojící za svým názorem. Je ráda, že podstoupila operaci, i když se závislostí na druhých v některých činnostech se těžko smíruje. Věří v postupné zlepšování situace, je si plně vědoma dlouhodobějšího procesu rekonvalescence v důsledku fraktury stehenní kosti.

## **8. plnění rolí, mezilidské vztahy**

Pacientka žije s manželem v bytě v panelovém domě v desátém patře. Mají dva dospělé syny, dva vnuky. Se syny a jejich rodinami se pravidelně navštěvují. Rádi tráví volný čas s vnuky. Klientčiny rodiče pobývají většinu roku na chalupě, dcera je s nimi v telefonickém kontaktu.

Manžel klientky si vzal týden dovolené, pečuje o manželku, pomáhá s chodem domácnosti.

Pacientka je společenská, rádi se s manželem setkávají se svými známými.

Klientka je půl roku v pracovní neschopnosti, netuší, jak se situace bude vyvíjet dále, ale nějak výrazně se tím nestresuje.

## **9. sexualita, reprodukční schopnost**

Pacientka měla dva porody, menstruovat začala ve třinácti letech, menopauza nastala v padesáti dvou letech. Neměla žádné výrazné klimakterické obtíže, pouze občasné návaly tepla v obličeji, který brzy odezněl. Pravidelně jedenkrát ročně chodí na gynekologické vyšetření a jedenkrát za dva roky na mamologické vyšetření.

## **10. stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance**

V době před operací byla pro klientku stresující bolest, stále častěji se objevující a výrazně omezující běžné aktivity. Předepsaná analgetika měla jen minimální účinek. Samotná operace nebyla tak stresující, šlo o plánovaný zákrok a pacientka v něm spatřovala možnost řešení nepříjemné situace.

Nyní je mírně stresována svou částečnou závislostí na okolí, ale za manželovu pomoc a podporu je ráda. Na situaci má realistický náhled, je si vědoma, že jde o dočasný stav a snaží se s tím vyrovnat.

Problémové situace je zvyklá probírat s manželem nebo kamarádkou.

### **11. víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Pro pacientku je důležité rodinné zázemí a zdraví. Do budoucna hledí pozitivně, věří v postupné zlepšování svého stavu, těší se, že se bude moci věnovat více vnoučatům a svým oblíbeným aktivitám.

Klientka není věřící.

## **2.3 Ošetrovatelské diagnózy**

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny na základě anamnestického rozhovoru, vyšetření a zhodnocení fyziologických funkcí, operační jizvy, míry soběstačnosti a celkového stavu klientky sestrou. Vše bylo provedeno druhý den po návratu pacientky z hospitalizace do domácího prostředí.

### **Přehled aktuálních ošetrovatelských diagnóz:**

- **porucha integrity kůže** z mechanických příčin – z důvodu operační jizvy
- **zhoršená pohyblivost** z důvodu nutnosti dodržování léčebných opatření po operaci
- **deficit sebedpěče - při koupání, oblékání** z důvodu
  - : omezené pohyblivosti
  - : závislosti na podpůrných pomůckách
- **porucha spánku** z důvodu: vnitřního faktoru - bolest v oblasti beder
  - : vnějšího faktoru - daná poloha při spánku,snížená pohybová aktivita během dne
- **bolest akutní v oblasti beder** z důvodu: dané polohy na lůžku
  - : dlouhodobějšího pobytu na lůžku
- **snížená schopnost vést vlastní domácnost** z důvodu
  - : omezené pohyblivosti
  - : závislosti na podpůrných pomůckách

### **Přehled potenciálních ošetrovatelských diagnóz:**

- **riziko pádu** z důvodu: používání podpůrných pomůcek
  - : uklouznutí na podlaze
  - : špatné obuvi
- **sociální izolace** z důvodu omezené mobility

## **2.4 Ošetrovatelský plán krátkodobý**

### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

#### **2.4.1 Ošetrovatelská diagnóza porucha integrity kůže**

z mechanických příčin – z důvodu operační jizvy

- **cíl**

Pacientka bude informována o vhodné péči o jizvu a bude o ni sama schopna pečovat. Bude zajištěna dostatečná hydratace a výživa klientky.
- **plán péče**
  - sledovat stav operační jizvy a kůže v jejím okolí
  - provádět jemnou masáž jizvy a jejího okolí
  - udržovat kůži v okolí jizvy v čistotě
  - zajistit pacientce dostatečný příjem tekutin, dostatečnou výživu
- **realizace plánu**

Pacientce byla provedena jemná masáž operační jizvy a jejího okolí. Klientka udává minimální citlivost ošetřovaných míst. Pacientka byla instruována o provádění si takovéto masáže sama. K masáži používá nesolené vepřové sádlo.

Klientka vypije 1,5-2,0 litrů tekutin denně. U lůžka má připravenou 1,5 litrovou lahev, aby se kdykoli mohla napít. Přípravu stravy zajišťuje manžel, případně další příbuzní, strava je pestrá. Pacientka se snaží jíst pravidelně i přes sníženou chuť, dodržuje diabetickou dietu.

- **hodnocení**

Pacientka je schopna sama pečovat o jizvu a její okolí. Citlivost kůže na dotyk je, dle vyjádření klientky, minimální.

Příjem tekutin a přiměřená výživa jsou zajištěny.

## **2.4.2 Ošetrovatelská diagnóza zhoršená pohyblivost**

z důvodu nutnosti dodržování léčebných opatření po operaci

- **cíl**

Pacientka umí samostatně opustit lůžko a uložit se na ně. Zná a rozumí důvodu nutnosti používat podpažní berle pro chůzi v pooperačním období. Ovládá samostatně chůzi o podpažních berlích bez zatížení operované končetiny.

Ostatní členové rodiny akceptují změny pacientčiny mobility.

- **plán péče**

- slovně pacientku podporovat v aktivním cvičení, samostatné chůzi o berlích
- vést k maximální možné samostatnosti - zjistit, které činnosti v oblasti mobility a jakým způsobem vykonává klientka samostatně, případně které by mohla vykonávat samostatně a provést jejich nácvik
- dbát o bezpečnost pacientky vhodnou úpravou domácího prostředí
- informovat, že podpurné pomůcky k chůzi budou postupně, dle doporučení ortopeda, odkládány
- vysvětlit nutnost používání podpažních berlí u pacientky dalším členům rodiny a zapojit je do její kontroly

- **realizace plánu**

Klientka si sama několikrát denně, uvádí 4-6x, cvičí na lůžku cviky, které ji doporučila fyzioterapeutka v nemocnici: ohýbání a natahování prstů na noze, propínání a přitahování špičky, kroužky v kotnících, izometrické procvičení čtyřhlavého stehenního svalu, lehké ohýbání v kolenní – do 10°, stahování hýžd'ových a břišních svalů. Pacientka procvičuje podobným způsobem i neoperovanou

končetinu. Předvedené cviky provádí dobře, což je oceněno slovní pochvalou. Že klientka cvičí, potvrzuje i manžel.

Umí samostatně opustit a ulehnout na lůžko, k přidržení operované končetiny využívá popruh z obinadla. Dle klientčina udání se asi 5-6x denně projde o podpažních berlích bez zatížení operované končetiny po bytě. Obuty má zdravotnické pantofle, které byla zvyklá doma běžně používat, nazutí je pro ni snadnější než u plné obuvi, i když ví, že ta je doporučována. V bytě nejsou žádné kluzké plochy či překážky ztěžující chůzi. V kuchyni, na toaletě a v koupelně je položeno linoleum, ve zbylých pokojích jsou nízké koberce umístěné po celé ploše místnosti, ne žádné malé koberečky, rohožky. Prah je pouze u vchodových dveří do bytu, na jiných místech ne.

Vyjít ven se zatím klientka neodvažuje, cítí se ještě slabá.

Manžel chápe omezenou mobilitu své manželky. Klientka je ráda, že má manžel dovolenou, že v prvních dnech po propuštění do domácího prostředí jí může zajistit případnou dopomoc při vertikalizaci. Tu zvládá samostatně, ale přítomnost blízké osoby jí přináší, jak uvádí, pocit větší pohody.

Klientka chápe nutnost nezatěžovat operovanou dolní končetinu a plně ji akceptuje. K chůzi používá podpažní berle. Zároveň se těší, až bude moci tyto pomůcky odložit.

- **hodnocení**

Pacientka si aktivně cvičí, bez pomoci umí opustit lůžko a uložit se na ně, samostatně zvládá chůzi po bytě o berlích bez zatížení operované končetiny. Byt zatím ještě neopouští. Plně si uvědomuje a akceptuje nutnost nezatěžovat operovanou končetinu.

Manžel klientce v případě potřeby pomáhá.

### **2.4.3 Ošetrovatelská diagnóza - deficit sebepéče - při koupání, oblékání**

z důvodu: omezené pohyblivosti

: závislosti na podpůrných pomůckách

- **cíl**

Pacientka akceptuje pozměněné možnosti koupání. Bude mít pocit dostatečné čistoty.

Klientka bere na vědomí nutnost dočasné pomoci jiné osoby při oblékání ponožek.

- **plán péče**

- zajistit pacientce maximální bezpečnost a dostatek času při sprchování,
- podporovat rozvoj soběstačnosti
- při oblékání ponožek zajistit dočasnou pomoc, nabídnout možnost využití speciální pomůcky (navlékač ponožek).

- **realizace plánu**

Klientce bylo vysvětleno, že z hlediska bezpečnosti bude v daných oblastech sebezpečí nutná pomoc další osoby.

Pacientka je velmi ráda, že se může vysprchovat i když v provizorních podmínkách, stojí v umyvadle, které je umístěno na zemi v koupelně. Manželovu dopomoc přijímá, má pocit většího bezpečí. Zároveň doufá v postupné získání jistoty a nezávislosti na druhé osobě při sprchování.

Klientka ví, že nemůže příliš přitahovat operovanou končetinu k tělu a ani se k ní nadměrně ohýbat, proto si sama nemůže navléci ponožky. V této činnosti jí dopomáhá manžel. Zajištění speciálního navlékače ponožek neshledává potřebným. Oblékání jiného oblečení pacientka zvládá samostatně.

- **hodnocení**

Pacientka zvládá sprchování za asistence manžela. Udává dostatečný pocit čistoty.

Klientka akceptuje dopomoc jiné osoby při oblékání ponožek.



## 2.4.4 Ošetrovatelská diagnóza - porucha spánku

z důvodu: vnitřního faktoru - bolest v oblasti beder

: vnějšího faktoru - daná poloha při spánku, snížená pohybová aktivita během dne

- **cíl**

Pacientka zná příčiny přerušovaného spánku.

Udává nepřetržitý spánek po celou noc.

- **plán péče**

- vysvětlit pacientce nutnost dodržovat polohu na zádech při spánku

- aktivovat pacientku během dne (cvičení na lůžku, chůze, rozhovor)

- zajistit dostatečné vyvětrání místnosti před usínáním, upravit lůžko

- promasírovat oblast beder před uložením na lůžko

- při přetrvávání obtíží konzultovat s praktickým lékařem možnost farmakologické léčby

- **realizace plánu**

Pacientce je doporučena větší aktivita během dne. Snaží se cvičit na lůžku, přecházet několikrát denně po bytě, minimalizovat spánek během dne.

Před spaním manžel klientce upraví lůžko, namasíruje záda dle instruktaže a vyvětrá v pokoji.

U lůžka má klientka připravenou knihu, při probuzení v průběhu noci si čte.

V případě přetrvávání obtíží, je pacientce doporučena konzultace s obvodním lékařem o předepsání hypnotik.

- **hodnocení**

Pacientka chápe nutnost polohy na zádech během spánku, i když ji před operací nepreferovala.

Pacientka se budí 2-3x během noci, někdy se jí podaří usnout, jindy se začte do knihy.

Kontaktovat praktického lékaře a konzultovat s ním možnost využití hypnotik zatím odmítá, necítí potřebu řešit situaci léky.

Vytýčený cíl byl dosažen pouze částečně.

#### **2.4.5 Ošetřovatelská diagnóza - bolest akutní v oblasti beder**

z důvodu: dané polohy na lůžku

: dlouhodobějšího pobytu na lůžku

- **cíle**

Klientka zná příčinu vzniku bolesti.

Bolest je zmírněna či zcela odstraněna.

Spánek je nepřerušovaný.

- **plán péče**

- akceptovat pacientčinu bolest

- znát lokalizaci, průběh bolesti během dne a noci

- zhodnotit intenzitu bolesti dle škály bolesti

- zjistit vliv bolesti na denní aktivity, na spánek, na psychický stav

- najít účinné prostředky ke zmírnění, úplnému vymizení bolesti

- **realizace plánu**

Pacientka popisuje občasný pocit bolesti v oblasti beder. Bolest se objevuje při delším ležení na lůžku během dne, někdy pacientku budí v noci.

Intenzitu bolesti klientka vyjádřila na škále bolesti, jež představovala úsečka s body 0-6 (0 – žádná bolest, 6 – nesnesitelná bolest), bodem 2.

Pacientce ke zmírnění bolesti pomáhá změna polohy (posazení na lůžku, chůze o berlích) a masáž v oblasti beder. Žádná analgetika není zvyklá užívat.

Klientka udává, že jí bolest nenarušuje denní aktivity, nevyčerpává ji.

- **hodnocení**

Pacientka zná příčinu bolesti, umí popsat lokalizaci a intenzitu bolesti. Změnou polohy, masáží v oblasti beder se bolest zmírní.

Spánek je i nadále přerušovaný.

Stanovený cíl se podařilo splnit částečně.

#### **2.4.6 Ošetrovatelská diagnóza - snížená schopnost vést vlastní domácnost**

z důvodu: omezené pohyblivosti

: závislosti na podpůrných pomůckách

- **cíl**

Pacientka je vyrovnaná se situací, že nemůže plně vést vlastní domácnost, přijímá pomoc ze svého okolí, případně od pečovatelské služby.

Klientka se aktivně zapojuje do činností, které může provádět.

Zapojení dalších členů rodiny do vedení domácnosti.

- **plán péče**

- vysvětlit pacientce, že některé činnosti související s vedením domácnosti není vhodné vzhledem k nedávno provedené operaci vykonávat

- vyjádřit klientce slovní podporu v samostatném provádění činností nepředstavujících riziko

- rozhovor s dalšími členy rodiny, podpora v jejich aktivním zapojení do vedení domácnosti, případně nabídnout možnou pomoc pečovatelské služby

- **realizace plánu**

Pacientce bylo vysvětleno, že samostatné vedení vlastní domácnosti nebude dočasně možné v plném rozsahu, jak byla zvyklá dříve. Činnosti jako: vysávání, zametání, vytírání podlahy, věšení prádla, žehlení není vhodné provádět vzhledem k nedávno provedené operaci a nutnosti dodržování léčebných opatření. Sama si cvičí,

chodí o berlích. Je schopná provádět některé činnosti vsedě u stolu (př.: příprava pokrmů).

Manžel akceptuje manželčinu dočasnou "indispozici" ve vedení domácnosti a společně se snachou se podílejí na péči o domácnost.

- **hodnocení**

Klientka si plně uvědomuje nutnost pomoci dalších osob s vedením domácnosti. Chápe, že některé činnosti nemůže samostatně vykonávat a pomoc je nezbytná. Snaží se částečně vypomáhat, cvičit, chodit o berlích. Není jí příliš příjemné nechávat vše na druhých.

Manžel a snacha se aktivně zapojili do vedení domácnosti. Pomoc pečovatelské služby rodina nevyžaduje.

## **Potencionální ošetřovatelské diagnózy**

### **2.4.7 Potencionální ošetřovatelská diagnóza - riziko pádu**

z důvodu: používání podpurných pomůcek

: uklouznutí na podlaze

: špatné obuvi

- **cíl**

Pacientka si uvědomuje riziko pádu.

Používané podpurné pomůcky jsou v dobrém stavu.

Prostředí, v němž klientka pobývá, je bezpečné.

- **plán péče**

- vysvětlit možné riziko pádu a následných komplikací klientce i manželovi

- zajistit bezpečnost klientky

- zajistit bezpečné prostředí

- **realizace plánu**

Pacientka i manžel jsou obeznámeni s rizikem pádu (z lůžka, při chůzi) a s tím souvisejícími možnými komplikacemi úspěšné pooperační rekonvalescence (luxace kloubu, uvolnění cerkláže, zlomenina stehenní kosti). Z důvodu bezpečnosti je klientce doporučeno pomalé vstávání z lůžka, kontrolování stavu berlí, používání vhodné, nejlépe plně obuvi, vyvarování se chůze po mokřem a kluzkém povrchu, na toaletě používat k usedání a zvedání se madlo.

- **hodnocení**

O riziku pádu a možných komplikacích byla pacientka velmi dobře instruována již v nemocnici. Doporučení se snaží dodržovat. Chůzi o berlích po bytě zvládá samostatně, technický stav berlí si občas zkontroluje. K chůzi není zvyklá používat pevnou obuv, má zdravotnické pantofle. Stěnu u toalety opatřil manžel madlem, které pacientka využívá.

V bytě nejsou žádné kluzké plochy.

#### **2.4.8 Potencionální ošetřovatelská diagnóza - sociální izolace**

z důvodu omezené mobility

- **cíl**

Pacientka chápe a vyrovná se se situací, kdy vzhledem k omezení její mobility může dojít dočasně ke snížení společenských kontaktů.

Vstřícný přístup a podpora ze strany rodiny, přátel.

- **plán péče**

- podporovat pacientku v denních aktivitách, v tréninku chůze
- komunikovat s klientkou
- zajistit podporu ze strany rodiny

- **realizace plánu**

S pacientkou je prodiskutována její situace a její pocity. Manžel s manželkou hovoří, dále podporu vyjadřuje svou přítomností v domácnosti. Členové rodiny klientku navštívili osobně nebo společně komunikují po telefonu. V telefonickém kontaktu je klientka i s přáteli.

- **hodnocení**

Nedostatečným sociálním kontaktem zatím pacientka netrpí. Postačující je osobní kontakt s nejbližší rodinou a telefonické spojení s přáteli. Na přijímání většího počtu návštěv během dne se ještě necítí v optimální fyzické kondici.

Pacientka má ráda společnost. Uvědomuje si, že manžel bude chodit opět do práce a že bude trávit více času sama doma. Snaží se cvičit, trénovat chůzi o berlích, aby byla mobilnější a mohla opustit byt.

## **2.5 Ošetrovatelský plán dlouhodobý**

Klientka si zvyká na domácí prostředí, je ráda, že hospitalizace byla ukončena. Z hlediska dlouhodobější péče byl stanoven plán v oblastech, které se nepodařilo zcela splnit nebo nebylo možné je plně realizovat v rámci krátkodobého plánu, popřípadě byly realizovány a jejich další rozvoj je žádoucí. Níže jsou uvedeny jednotlivé body dlouhodobého plánu:

- rozvoj soběstačnosti pacientky
- pravidelné cvičení, chůze o berlích
- psychická pohoda pacientky
- dobré osobní vztahy v rodině
- ustoupení bolesti v bedrech
- nepřerušovaný spánek
- pravidelná kontrola krvácivosti a srážlivosti krve dle ordinace praktického lékaře
- pravidelná kontrola u ortopeda
- dodržování pokynů lékařů
- pravidelné užívání předepsaných léků

- udržování přiměřené hmotnosti
- postupný návrat do běžného života.

## **2.6 Psychologie nemocné**

Základní onemocnění (koxartróza kyčelního kloubu) představovalo pro pacientku zátěž. Bolest se postupně zintenzivňovala, analgetika měla minimální účinek. Vykonávání oblíbených aktivit bylo v důsledku bolesti výrazně omezeno. Pacientka pociťovala zvýšené vnitřní napětí, nervozitu, únavu.

Z plánované operace neměla výrazný strach, spatřovala v ní řešení svých zdravotních obtíží, možnost postupného návratu k oblíbeným aktivitám a zkvalitnění běžného života.

S adaptací na nemocniční prostředí neměla výrazné obtíže, dle vyjádření klientky, vstřícný personál situaci usnadňoval. Vzhledem k perioperační komplikaci se hospitalizace prodloužila. Pacientka se s touto nutností vyrovnala, ale velmi se těšila na propuštění do domácího prostředí a na pravidelný osobní kontakt s rodinou.

S domácím prostředím se postupně sžívá. Zvyká si na novou roli, kdy je v některých oblastech částečně závislá na pomoci druhých. Není to pro klientku příliš příjemný pocit, nikdy podobnou situaci nezažila. Uvědomuje si a plně akceptuje, že v této fázi pooperačního průběhu je pomoc druhých nezbytná. Oceňuje přístup nejbližších. Sama se snaží být aktivní. Má pozitivní přístup k situaci. Je disciplinovaná, dodržuje doporučení, o kterých byla informována v průběhu hospitalizace.

## **2.7 Sociální problematika**

Klientka žije ve společné domácnosti s manželem. Manžel a nejbližší rodina klientce pomáhají, podporují ji, obstarávají chod domácnosti. Zajištění pomoci v oblasti sociálních služeb nevyžadují.

## **2.8 Prognóza**

Dosavadní pooperační průběh u klientky probíhá dobře. Pokud bude pacientka pokračovat v pravidelném cvičení, dodržování zásad po operaci totální endoprotézy

kyčelního kloubu, bude se postupně rozvíjet její samostatnost. Což by mělo postupně vést k návratu do běžného života.

Velký přínos pro úspěšnou rekonvalescenci má pozitivní ladění klientky, psychická podpora a pomoc rodiny.

## **2.9 Edukace**

Níže bude uveden návrh edukačního plánu pro klientku a její rodinu. Zásady a doporučení, která je vhodné dodržovat po ukončení hospitalizace.

- k chůzi používat podpažní berle (popřípadě francouzské hole), operovanou končetinu zatěžovat dle doporučení lékaře, používat vhodnou - pevnou obuv
- pravidelně každý den cvičit naučené cviky
- vyvarovat se zakázaných pohybů (překřížení končetiny přes druhou, vytáčení operované končetiny směrem ven, hlubokého předklonu)
- vyvarovat se sezení v hlubokém křesle, vhodný je sed pouze na okraji židle, lůžka s předsunutou operovanou dolní končetinou
- při přetáčení se z lehu na zádech na břicho vložit mezi stehna pevný polštářek, aby nedošlo k překřížení končetin
- na mísu toalety by měl být umístěn nástavec zajišťující vhodné postavení operované končetiny při použití toalety, výhodné je zabudování madla na stěnu pro snadnější vstávání
- zajistit bezpečnost domácího prostředí, odstranit smekavé rohožky, koberce
- pečovat o zhojenou jizvu, masírovat ji mastným krémem nebo nesoleným vepřovým sádlem
- pravidelně užívat naordinované léky
- kontaktovat svého praktického lékaře (bude zajišťovat kontrolu ředění krve po lécích, které byly nasazeny při pobytu v nemocnici)
- dodržovat termíny kontrol u ortopeda



- v budoucnu se vyvarovat přetěžování končetiny dlouhými pochody, poskoky, prací v dřepu
- udržovat si optimální tělesnou hmotnost

### 3. Závěr

Po dvacetidenní hospitalizaci, při níž byla provedena implantace totální endoprotézy levého kyčelního kloubu, byla klientka propuštěna do domácího prostředí. Pacientka se postupně zotavuje, zvyká si na dočasné změny v běžných činnostech, jež s sebou operace totální endoprotézy kyčelního kloubu přináší. Má plnou podporu své rodiny.

Klinická část je zaměřena na charakteristiku artrózy kyčelního kloubu, klinické projevy, diagnostiku a léčbou tohoto onemocnění. Dále jsou zde obsaženy základní informace o pacientce.

V ošetrovatelské části je popsán pojem ošetrovatelský proces, jeho jednotlivé fáze a následně využití model Marjory Gordonové při zpracování ošetrovatelského procesu u konkrétní klientky. Dále jsou zde uvedeny informace o psychickém stavu pacientky a sociální situaci pacientky. Poslední součástí této kapitoly je edukační plán.

Pozitivní ladění, disciplinovanost klientky a její dobré rodinné zázemí přispěly k výborné spolupráci.

Domácí péče má jistě své místo v následné pooperační péči u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu z důvodu pomoci při zajištění bezpečnosti, rozvoje soběstačnosti klientů.

## Resumé

Jako téma této bakalářské práce bylo zvoleno zpracování případové studie u klientky s totální endoprotézou kyčelního kloubu po propuštění do domácího prostředí.

Pacientka byla propuštěna po dvacetidenní hospitalizaci, kdy jí byla implantována totální endoprotéza levého kyčelního kloubu a ošetřena perioperační zlomenina femuru. Následná pooperační péče probíhala bez komplikací. Klientku jsem navštívila druhý den po propuštění do domácího prostředí.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí: klinická a ošetrovatelská. V klinické části je zmíněna charakteristika onemocnění, anatomie kyčelního kloubu, způsoby léčby artrózy kyčelního kloubu a základní údaje o klientce. V ošetrovatelské části jsou uvedeny obecné informace o ošetrovatelském procesu a jeho jednotlivých fázích, o koncepčním modelu Marjory Gordonové. Následuje praktické zpracování ošetrovatelského procesu dle zvoleného modelu u pětapadesátileté klientky J. K. Na základě zjištěných informací o stavu pacientky jsou zformulovány ošetrovatelské diagnózy a sestaven krátkodobý plán péče. Následně je zpracován dlouhodobý plán péče a uvedeny zjištěné informace o psychickém stavu a sociální situaci klientky. V závěru ošetrovatelské části je navržen edukační plán pro klientku a její rodinu.

Dále práce obsahuje seznam literatury, jež byla při zpracování práce použita, seznam zkratk a přílohy s ošetrovatelskou dokumentací používanou na 3. lékařské fakultě a rentgenovými snímky.

Spolupráce s klientkou a jejím manželem byla výborná. Díky pozitivnímu ladění, aktivnímu přístupu a podpory rodiny se klientka vyrovnala se změnami souvisejícími s operací totální endoprotézy kyčelního kloubu.

## Seznam odborné literatury

1. Archalousová, A.: Koncepční model Hendersonové. s. 24-26. In: Archalousová, A.: Přehled vybraných ošetřovatelských modelů. Hradec Králové, Nucleus, 2003. 99 s. ISBN 80-86225-33-X.
2. Červinková, E. a kolektiv.: Ošetřovatelské diagnózy. Brno, IDVZP, 2002. 165 s. ISBN 80-7013-358-9.
3. Eberlová, L.: Pohybový systém. s. 19-21. In: Fiala, P., Valenta, J., Eberlová, L.: Anatomie pro bakalářské studium ošetřovatelství. Praha, Karolinum, 2004. 136 s. ISBN 80-246-0804-9.
4. Karpaš, K.: Operace endoprotézy kyčelního kloubu. Hradec Králové, Nucleus, 2004. 19 s. ISBN 80-86225-62-3.
5. Koudela, K.: Artróza. Alopplastika kyčelního kloubu. s. 87-93; 99-104. In: Koudela, K. a kolektiv: Ortopedie. Praha, Karolinum, 2003. 281 s. ISBN 80-246-0654-2.
6. Landor, I., Sosna, A., Vavřík, P.: Osteoartróza. s. 92-106. In: Sosna, A. a kolektiv: Základy ortopedie. Praha, Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.
7. Linc, R., Doubková, A.: Pletenec dolní končetiny. Spojení dolní končetiny. s. 76-77; 85-86. In: Linc, R., Doubková, A.: Anatomie hybnosti I. Praha, Karolinum, 1999. 247 s. ISBN 80-7184-993-6.
8. Marečková, J.: Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách. Praha, Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
9. Mastiliaková, D.: Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové. s. 167-177. In: Trachtová, E. a kolektiv: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno, IDVZP, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
10. Misconiová, B.: Anamnestika, diagnostika a plánování v komplexní domácí péči. Publikace dostupná z: <http://www.domaci-pece.info/>.
11. Pavlíková, S.: Modely interpersonálních vztahů: Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví. s. 99-102. In: Pavlíková, S.: Modely ošetřovatelství v kostce. Praha, Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
12. Sosna, A., Pokorný, D., Jahoda, D.: Endoprotéza kyčelního kloubu. Praha, Triton, 1999. 40 s. ISBN 80-7254-046-7.
13. Dungal, P.: Osteoartróza. Onemocnění kyčelního kloubu u dospělých. s. 177-180; 897-902; 917-949. In: Dungal, P. a kolektiv: Ortopedie. Praha, Grada, 2005. 1273 s. ISBN 80-247-0550-8.
14. Staňková, M.: Ošetřovatelský proces. s. 7-26. In: Staňková, M.: České ošetřovatelství 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe. Brno, IDVZP, 2002. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.

## Seznam zkratk

**cm** – centimetr

**CT** – počítačová tomografie

**č.** – číslo

**kg** - kilogram

**min** – minuta

**MR** – magnetická resonance

**NANDA** – North American Nursing Diagnosis Association (Severoamerická asociace pro ošetrovatelské diagnózy)

**např.** – například

**NSA** – nesteroidní antirevmatika

**RTG** – rentgen

**SYSADOA** – Symptomatic Slow Acting Drugs of Osteoarthritis (symptomatically pomalu působící léky v léčbě artrózy)

**TEP** – totální endoprotéza

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: předoperační RTG snímek

Příloha č. 2: pooperační RTG snímek

Příloha č. 3: ošetrovatelská dokumentace používaná na 3. lékařské fakultě

Příloha č. 1



Příloha č. 2

