



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Markéta Zajícová

**Ošetrovatelská péče o nemocného po totální
endoprotéze kyčelního kloubu**

Nursing care of the patient after total hip replacement

Bakalářská práce

Chrudim, 2010

Autor práce: **Markéta Zajícová**

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: **Bc. Lucie Bořilová**

Pracoviště vedoucího práce: Neurochirurgická klinika 1. LF UK a
ÚVN Praha

Datum a rok obhajoby: 13. 4. 2010

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 Praze dne 20. března 2010

Markéta Zajícová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Jiřímu Štědrému za odborné vedení, připomínky a pomoc při psaní mé bakalářské práce.

Děkuji Bc. Lucii Bořilové, vedoucí mé práce za její podnětné rady, ochotu, zájem a trpělivost, se kterou se mi během práce věnovala. Dále děkuji všem, kteří se svými radami nebo odbornou pomocí podíleli na vzniku práce.

Obsah

ÚVOD	6
1. KLINICKÁ ČÁST	7
1.1. ANATOMICKO - FYZIOLOGICKÝ ÚVOD.....	7
1.1.1. Anatomie kyčelního kloubu.....	7
1.1.2. Biomechanika.....	9
1.2. CHARAKTERISTIKA TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU.....	10
1.3. PŘÍČINY NÁHRADY KYČELNÍHO KLOUBU.....	10
1.3.1. Koxartróza.....	10
1.4. VYŠETŘOVACÍ METODY PRO STANOVENÍ DIAGNÓZY ARTRÓZY.....	12
1.5. LÉČEBNÉ TECHNIKY.....	13
1.6. KOMPLIKACE PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČLE.....	14
1.7. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA.....	15
1.7.1. Autotransfuze.....	17
2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	18
2.1. CHARAKTERISTIKA PRÁCE A VZDĚLÁNÍ SESTRY.....	18
2.1.1. Specifika práce sestry na oddělení ortopedie.....	18
2.2. PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA K PLÁNOVANÉMU VÝKONU.....	19
2.3. POOPERAČNÍ PÉČE.....	20
2.4. POOPERAČNÍ REHABILITAČNÍ REŽIM.....	21
2.5. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	22
2.6. POTŘEBY ČLOVĚKA.....	23
2.7. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	24
2.8. MODEL MARJORY GORDONOVÉ „MODEL FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ“.....	25
2.9. KAZUISTIKA.....	27
2.10. EDUKACE.....	32
2.11. SOUHRN DOPORUČENÍ.....	32
2.12. PROGNÓZA.....	33
2.13. PŘEHLED DIAGNÓZ.....	34
2.13.1. Krátkodobý ošetřovatelský plán.....	35
2.13.2. Dlouhodobý ošetřovatelský plán.....	42
ZÁVĚR	48
SOUHRN	49
SUMMARY	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
SEZNAM TABULEK	53
SEZNAM PŘÍLOH	54

Úvod

Cílem mé práce je bližší seznámení s ošetrovatelským procesem u pacientky podstupující náhradu kyčelního kloubu.

Téma své bakalářské práce Ošetrovatelská péče o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu jsem si zvolila na základě zájmu o tuto problematiku.

Totální endoprotéza je velice často prováděnou operační metodou na ortopedii. Umožňuje mnoha nemocným, kteří by jinak byli výrazně pohybově omezeni, návrat do běžného života. Má tedy nejen léčebný ale také socioekonomický efekt. Tato metoda výrazně zlepšuje kvalitu života lidem s onemocněním kloubů.

Úkolem mé případové studie bylo zmapovat potřeby pacientky po operaci a pomocí ošetrovatelského procesu zjistit, jak zásadně ovlivní tato operace její život, stanovit ošetrovatelské priority a předejít možným problémům v pooperačním období.

Z lékařského pohledu je blíže popsána anatomie a biomechanika kyčelního kloubu v klinické části, dále přibližuji teorii výměny totální endoprotézy, možné komplikace, které v souvislosti s výkonem mohou nastat. Nedílnou součástí jsou informace o onemocněních, která vedou k totální endoprotéze, zde vyzdvihuji koxartózu jakožto nejčastější příčinu. Základní informace o pacientce, které byly zařazeny do lékařské anamnézy, jsem čerpala ze zdravotnické dokumentace.

Ošetrovatelská část sestává z anamnézy, kterou jsem sestavila na základě rozhovoru s pacientkou. Použila jsem model Marjory Gordonové, který se mi jevil nejvhodnější. V této části práce seznamuji čtenáře s předoperační a zvláště pak s pooperační péčí u náhrady kyčelního kloubu. Nejdůležitější poznatky o pacientce a jejích potřebách jsou shrnuty v přehledu diagnóz, v krátkodobém a dlouhodobém plánu péče.

Dříve jsem pracovala na ortopedickém oddělení, kde jsem se tímto druhem operace setkávala velice často a tak pro mě bylo zajímavé tuto problematiku rozebrat i z pohledu pacienta. I když už ve zdravotnictví nepracuji, nadále se setkávám s lidmi, kteří tuto operaci podstoupili a mají různé zkušenosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení.

1. Klinická část

1.1. Anatomicko - fyziologický úvod

V anatomické části popíšeme skladbu kyčelního kloubu. Fyziologie obsahuje popis základní biomechaniky kloubu.

1.1.1. Anatomie kyčelního kloubu

Kyčelní kloub zajímá dlouhé generace vědců, kteří jsou jím doslova fascinováni. Kyčelní kloub je definován jako jednoduchý kulový omezený. Je tvořen centrální částí pánevní kosti zvané acetabulum a proximálním koncem kosti stehenní – hlavice femuru.

a) Artikulující kosti

Acetabulum, kloubní jamka, má tvar duté polokoule, je umístěna v místě styku tří pánevních kostí, jejichž části ji tvoří. Mezi pánevní kosti patří os ilium, od pubis, os ischii. Vlastní kloubní plocha acetabula, facies lunata, je pokryta hyalinní chrupavkou, ale nevyplňuje celou jamku. Ve svém středu je acetabulum prohloubeno o tři až pět mm v nepravidelnou jamku, která se nazývá fossa acetabuli, chybí zde kloubní chrupavka. Jamka je vyplněna polštářem tukového vaziva. Funkcí tukového polštáře je absorbovat nárazy, které přes hlavici femuru směřují proti slabému dnu kloubní jamky.

Femur je nejdelší a nejmohutnější kost v těle. Jeho proximální konec lze rozdělit na hlavici, krček a trochanterický masiv. Hlavice, caput femoris, tvoří přímé pokračování krčku femuru, hlavice neodpovídá vždy přesně tvaru koule. Krček, collum femoris, u dospělých může být v délce čtyři až pět cm. Nejširší je ve své bázi, nejužší ve svém středu. Trochanterický masiv tvoří malý a velký trochanter, které oba dorzálně spojuje mohutná crista intertrochanterica pro úpon svalů. Pro chirurga je toto místo důležitým orientačním bodem (1,4).

b) Vazivový aparát

Kyčelní kloub má oporu ve velice silném vazivovém aparátu, ke kterému kromě pouzdra a jeho vazů patří labrum acetabule a s ním spojená ligamenta. Jedinečností pro kyčelní kloub jsou synoviální řasy. Komplex labrum acetabulare

tvoří cirkulární labrum a dva vazy (ligamentum transversum acetabuli a ligamentum capitis femoris). Kapacita kloubní jamky je zvětšena právě tímto vazivovým prstencem (1, 4).

c) Kloubní pouzdro

Upíná se na acetabulum těsně při zevním okraji báze labrum acetabulare a na krček femuru. Krček je uložen vpředu uvnitř pouzdra celý, vzadu jen částečně. Pouzdro je zesíleno několika vazy, které s ním srůstají a vytváří jeden funkční celek. Dále je tvořeno synoviální membránou, která potahuje celou přední plochu krčku a mediální polovinu zadní plochy. Během svého průběhu po krčku vytváří synovialis tři řasy, retinakula, vyplněné řídkým vazivem obsahujícím kolagenní elastická vlákna a především četné cévy (1, 4).

d) Kolemjdoucí svaly

Pohyb v kyčelním kloubu zajišťují svaly kyčelní a stehenní. Je to celkem dvacet sedm svalů různé mohutnosti, tvaru a průběhu. Kyčelní svaly se dělí na vnitřní a zevní. Stehenní svaly se dělí na tři skupiny, z nichž jen některé aktivně působí na kyčelní kloub. Dle funkce je dělíme na flexory, extensory, krátké zevní rotátory, adduktory a abduktory. Nejmhutnější flexor kyčle je musculus iliopsoas, který je současně i zevní rotátor. Větší část svalu se upíná na malý trochanter, svojí dorzální stranou naléhá na přední plochu kloubního pouzdra.

Další svaly, které jsou řazeny mezi flexory, můžeme jmenovat například musculus rectus femoris, musculus sartorius. Extensory tvoří tři mohutné svaly upínající se na tuber ischiadicum. Přes kyčelní kloub pouze probíhají a nazývají se musculus semimembranosus, musculus semitendinosus, musculus biceps femoris. Krátké zevní rotátory je skupina malých svalů inervovaných z plexus sacralis. Tyto svaly se upínají v oblasti trochanterického masivu a slouží pro orientaci při zadním přístupu ke kyčelnímu kloubu. Abduktory jsou svalová skupina, která je pro člověka typická. Znalost průběhu jednotlivých svalů i topografie jejich úponů je důležitá pro správný operační přístup ke kyčelnímu kloubu. Nejvýznamnější zástupce svalového pláště, přes který je nutný operační přístup, se nazývá musculus gluteus maximus (1, 4).

e) Cévní zásobení

Cévy, které se na formování periartikulární cévní sítě podílejí, vytváří při úponech kloubního pouzdra cévní okruhy. Z teoretického i praktického hlediska je důležitá znalost průběhu cévní sítě. Cévy jsou děleny do dvou základních okruhů. Cévní okruhy po obvodu acetabula a cévní okruhy při bázi krčku femuru. Z obou okruhů odstupují arterie pro kloubní pouzdro:

A/ povrchové artérie, které vyživují fibronózní vrstvu pouzdra a mají zakončení ve své synoviální vrstvě,

B/ hluboké artérie, které procházejí pouzdem těsně u jeho úponu a dále probíhají subsynoviálně jak v pouzdru, tak po povrchu kosti až k okrajům kloubní plochy (1, 4).

f) Nervové zásobení

Kyčelní kloub a okolní svaly jsou inervovány z mohutné nervové pleteně plexus lumbosacralis. Znalost postupu nervů a jejich větví je důležité pro volbu operačního postupu. Nervus ischiadicus je nejmohutnější nerv lidského těla.

Ventrální plocha kloubního pouzdra je inervovaná z nervus femoralis, částečně i z nervus femoralis accesorius. Dorzální plocha je zásobena větví nervus gluteus superior, nervus ischiadicus a mediální plocha nervus obturatorius nebo nervus femoralis (1, 4).

1.1.2. Biomechanika

Zátěž na kyčelní kloub vzniká spojením statického tlaku tělesné hmotnosti a dynamického tahu svalů. Daná zátěž působí na kloubní povrch a přenáší se na hyalinní chrupavku i části pod chrupavkou a na kostěné kloubní součásti. Kinematika kyčelního kloubu je velmi jednoduchá, je to kulovitý omezený kloub. V kloubu jsou možné pohyby téměř všemi směry, tedy flexe, extenze a addukce, abdukce. Vnitřní i zevní rotace a pohyby cirkumdukci. Vyloučeny jsou klouzavé pohyby. Rozsah pohybu je omezován silnými kloubními vazy a také vysokým labrum glenoidale. Pohyby kyčelního kloubu: flexe (asi do 120°, zvětšuje se při současné abdukci), extenze (asi do 15°), abdukce (do 40°, zvětšuje se při současné

flexi), addukce (do 30°), rotace zevní (45°) a vnitřní (do 30°) oběma směry se zvětšuje při současné flexi v kyčelním kloubu.

Statika a dynamika kloubu jsou na rozdíl od kinematiky komplikované. Příčinou je dlouhý, šikmo probíhající krček femuru, což způsobuje, že horní konec je formován dvěma silovými rezultantami. Jedna působí přes acetabulum na hlavici a druhá přes velký trochanter na proximální metafýzu femuru (1, 4).

1.2. Charakteristika totální endoprotézy kyčelního kloubu

Pro mnoho lidí znamená náhrada poškozeného kyčelního kloubu endoprotézou jedinou možností jak pokračovat v aktivním životě bez trvalých bolestí a výrazných pohybových omezení. Tato metoda se stále zdokonaluje. Nejen z pohledu minimalizace zátěže pro pacienta náročností operace, ale i novými materiály a typy endoprotéz.

Totální endoprotéza kyčelního kloubu představuje současnou náhradu krčku, hlavice a kloubní jamky. Kloub je nahrazen celý (5, 9).

1.3. Příčiny náhrady kyčelního kloubu

Počet implantací v posledních letech stoupá a přibývá i onemocnění, která mohou být řešena právě náhradou kyčelního kloubu endoprotézou. Mezi důvody k provedení náhrady kloubu patří stav po vrozených vadách tzv. „vykloubení kyčlí“, degenerativní onemocnění kyčelního kloubu – koxartróza, poškození kyčelního kloubu úrazem, zlomenina krčku kosti stehenní, poúrazová destrukce kloubu, destrukce kloubu v důsledku revmatického onemocnění nebo pozánětlivých změn, destrukce hlavice kosti stehenní zapříčiněná jiným onemocněním a nádorové onemocnění horního konce stehenní kosti (4, 5, 9, 14).

1.3.1. Koxartróza

Artróza je postižení kloubních tkání. Vedle změn kloubní chrupavky, které jsou typické pro toto onemocnění, dochází také k reaktivním změnám na kostní tkáni, která se nachází pod kloubní chrupavkou. Správný název kloubního opotřebením by měl znít osteoartróza. Artróza není jednorázový chorobný stav, ale déletrvající dynamický proces, který je ovlivňován řadou faktorů. Osteoartróza

vzniká někdy i desítky let. Mezi nejčastější faktory ovlivňující vznik artrózy patří kloubní zlomeniny, opakované drobné sportovní úrazy tzv. mikrotraumata, kloubní záněty, vrozené či získané chybné postavení kloubů, nadváha, vysoká stereotypní zátěž kloubů a také stárnutí. Dochází ke změně kloubní tekutiny, která mění své složení, je hustší a tím se sníží její množství. Mění se i kloubní chrupavka, která zdrsňuje a snižuje svoji tloušťku, ztrácí elasticitu, pružnost a je křehčí.

Často o artróze postižený neví, dokud nepřejde do akutní formy. Spouštěcích podnětů je celá řada. Často se jedná o přetížení jako je například nezvyklá námaha nebo klimatické změny. Mnohdy „spustí“ artrózu i úraz. Jindy je podnětem užívání některých léků nebo bakteriální či virová infekce. Artróza je soubor několika podobných chorobných stavů, u kterých dochází k porušení rovnováhy mezi výživovými činiteli chrupavky. Buňky kloubní chrupavky jsou vysoce specializované a změnou typu buňky na jiný vzniká tužší, vazivová chrupavka, která je v kloubu funkčně méněcenná. Prozatím není účinná metoda, která by těmto změnám zabránila. Artrózu můžeme rozdělit na primární, u které příčinu většinou neznáme a sekundární, která vzniká u všech zánětlivých kloubních změn, u poruch žláz s vnitřní sekrecí a poruch látkové výměny (4, 5, 9, 14).

Obtíže z opotřebení kloubů jsou rozmanité. Jsou pacienti, kteří ani netuší, že mají artrózu, jelikož je nijak neomezuje v aktivním životě. Na počátku je bolest po námaze, která v klidu ustoupí. Objevuje se krátkodobá ranní ztuhlost se startovací bolestí. Ta se vyskytuje zvláště u pacientů se zánětlivým revmatickým onemocněním. Postupně se omezuje kloubní pohyblivost. Kloub je citlivý na pohmat, mohou být hrubé drásoty při zatížení. Výpotek v kloubu je spojen se zánětem kloubní výstelky, kdy dochází ke zvýšenému svalovému napětí a oslabení svalů v okolí postiženého kloubu. V akutní fázi může být kloub teplejší a oteklý oproti druhému kloubu. U těžké artrózy se setkáváme s klidovou bolestí, bolest se objevuje i v noci. Přichází ztuhnutí kloubu z důvodu snížené pohyblivosti s deformitami a zánětlivými změnami. Bolest při kyčelní artróze není omezena jen na kyčelní oblast a slabiny, nýbrž se promítá do kolena a někdy až dolů do nohy. Bývá závislá na počasí. Nemusí být ostrá, spíše je tahavá a její charakter se může měnit. Někdy postupuje, jindy se zvětšuje a může se stát, že ani klid nepřinese úlevu od bolesti.

Základem pro stanovení diagnózy osteoartrózy zůstává správně provedený rentgenový snímek. Ne vždy lze přesně určit, zda se jedná o opotřebení kloubu, nebo zánětlivé změny. Je třeba provést i další vyšetření.

Problém artrózy je velmi složitý. Je třeba zdůraznit, že ne vždy je průběh typický a klinický obraz odpovídá stavu pacienta a nálezů na rentgenových snímcích (4, 5, 9, 14).

1.4. Vyšetřovací metody pro stanovení diagnózy artrózy

Vyšetřovacích metod máme v současné době velké množství, je třeba volit od těch nejjednodušších a nejméně zatěžujících pacienta.

Pro stanovení diagnózy je třeba získat podrobnou anamnézu od pacienta cílenými dotazy. Důležité je vyšetření kloubu pohmatem, kdy zjistíme přítomnost zánětlivých změn, bolestivost, otok a další možné příznaky onemocnění. Musíme rozlišit mezi bolestí, která vychází z kyčelního kloubu a bolestí, která má extraartikulární příčiny. Dále se využívají jednoduché funkční zkoušky na zjištění poruch a omezení v hybnosti kloubu. Z klinických vyšetření je třeba zmínit vyšetření chůze, délky končetin, palpaci kyčelní krajiny, neurologické a cévní vyšetření. Důležitá je spolupráce pacienta.

Ze zobrazovacích technik se nejčastěji využívá klasický rentgenový snímek. Slouží ke stanovení diagnózy, ale i k sledování průběhu onemocnění. Sleduje se odstup mezi kloubní hlavicí a jamkou, který ukazuje na tloušťku vrstvy chrupavek obou částí. Je – li kloubní štěrbina normálně široká, lze vyloučit jako příčinu onemocnění kloubní opotřebení. Zúžení kloubní štěrbiny svědčí pro artrózu. Mezi další vyšetření patří artrografie, která umožní pořídit detailnější rentgenový snímek kloubu pomocí kontrastní látky vpravené do kloubní dutiny. V některých případech se provádí i ultrazvukové vyšetření. Tato metoda vcelku přesně zobrazí kloubní tkáň, dokonce i cévy apod. Výjimečně se provádí CT, počítačová tomografie nebo tomografie magnetickou rezonancí.

Z invazivních vyšetření se provádí relativně často artroskopie. Toto vyšetření umožní lékaři kontrolu kloubu zevnitř pomocí speciálního přístroje. Musí být dodrženy přísně sterilní podmínky a výkon je proveden v celkové nebo místní anestézii. Operatér provede řez v délce jeden cm. Po zavedení artroskopu

do kloubu, se provádí výplach kloubní dutiny sterilním roztokem, čímž dojde k uvolnění kloubního pouzdra a lékař může zhodnotit stav opotřeбенí kloubních tkání (4, 5, 16).

1.5. Léčebné techniky

Léčba by měla být komplexní a zahrnovat prostředky nefarmakologické i farmakologické. Mezi nefarmakologické prostředky léčby osteoartrózy řadíme režimová opatření, mezi která patří i redukce váhy u obézních osob, výběr vhodných pohybových aktivit (například rotoped či plavání) a eventuálně nošení podpůrných či protektivních pomůcek. V současné době se využívají hole, berle, různé ortézy. Důležité jsou korekce nestejně dlouhých končetin. Při artróze se také užívají prostředky fyzikální léčby a rehabilitace. K prostředkům fyzikální léčby řadíme fyzioterapii či balneoterapii. Používají se například ultrazvuk, pulzní magnetické pole, akupunktura či laser. Prostředky farmakoterapie se soustřeďují na potlačení bolesti. V počátečních stádiích se používají analgetika, v pozdějších stádiích nemoci a při přítomnosti zánětu pak nesteroidní antirevmatika. Zánět lze účinně potlačit intraartikulárně podávanými kortikosteroidy, efekt opichu však bývá krátkodobý (dva až čtyři týdny). U nesteroidních antirevmatik je nutno brát v potaz možné nežádoucí účinky. Tzv. chondroprotektiva působí přímo na buňky chrupavky a zlepšují její metabolismus. Působí s určitým zpožděním, zato dlouhodobě. Jejich účinek je diskutabilní (4, 5, 14).

Pokud konzervativní léčba nepřináší očekávané výsledky, je na místě zvážit chirurgický zákrok. Přetrvávající bolest a zhoršení funkce jsou indikací k operaci. K operaci se přistupuje buď plánovaně, nebo z akutní indikace dle příčiny onemocnění. Podle rentgenových snímků a stavu pacienta rozhodně lékař o nejvhodnějším termínu a způsobu operace.

V současné době se používají tři typy endoprotéz, rozdělené jsou dle způsobu fixace ke kostnímu lůžku. Rozlišujeme cementované, necementované a hybridní. U mladších jedinců s dobrou kvalitou kostí se používá k ukotvení komponent technika press-fit - ukotvení bez cementu. Necementované endoprotézy mají speciální povrchovou úpravu, takže není třeba kostní cement. Jejich fixace je dána typem konstrukce endoprotézy, která umožňuje „vrůstání“ kosti do vrchních vrstev

protézy. Tím dojde k pevnému spojení kostní tkáně a materiálu endoprotézy. U starších pacientů se jednotlivé části endoprotézy tj. stehenní část i jamka fixují do kosti za použití tzv. kostního cementu. Kostní cement je speciální rychle tuhnoucí hmota. Hybridní endoprotézy jsou kombinací dvou předchozích typů, kdy se jamka používá necementovaná a do femuru se dřík cementuje. Druh implantátu určí operátor, dle zvyklostí pracoviště, věku pacienta a kvality kosti. Výběr závisí na řadě faktorů, ale je individuální. Nezanedbatelná je i finanční stránka věci, necementované endoprotézy jsou dražší.

Endoprotézy se skládají z tzv. dříku, který je zaveden do dřevňového kanálu stehenní kosti. Na krček dříku se nasazuje hlavička a další částí je jamka. Typů jamek je celá řada, liší se tvarem i použitým materiálem. Na výrobu dříku a hlavice se používají různé slitiny kovu či speciální keramika.

Předoperační péče se skládá ze všeobecné a speciální přípravy vyplývající z druhu operace a individuality nemocného. Druh anestezie volí anesteziolog, celková, spinální a epidurální. U všech pacientů se podává v den operace profylaktická dávka antibiotik intravenózně a další medikamenty, které jsou součástí premedikace. Důležitá je i prevence tromboembolické nemoci. Délka operace je přibližně devadesát minut. Po operaci je pacientův celkový stav sledován na jednotce intenzivní péče. Nesmíme zapomenout na rehabilitační péči, která je nedílnou součástí pooperačního režimu (4, 5, 7, 9, 13, 14, 16).

1.6. Komplikace po totální endoprotéze kyčle

Náhrada kyčelního kloubu totální endoprotézou je náročný zákrok nejen po fyzické stránce ale i psychické. Je třeba pacienta důsledně připravit k operaci a seznámit se všemi možnými riziky.

Komplikace mohou vzniknout peroperačně nebo v pooperačním období. K peroperačním komplikacím můžeme přiřadit alergickou reakci na implantát či dezinfekci, zlomeninu femuru, masivní krvácení, poranění nervů, svalů, šlach a nejzávažnější komplikací je smrt pacienta, jejíž příčinou může být například embolizace nebo kardiopulmonální selhání. Pooperační období může zkomplikovat například uvolnění nebo luxace endoprotézy či infekce. Dále také nervová paréza, tromboembolická nemoc, periprotetická zlomenina, nestejná

délka končetin, poruchy dýchání, nevolnost či zvracení v reakci na narkózu. Podle místa vzniku dělíme komplikace na lokální například hematom, krvácení z rány, bolest nebo celkové, které postihující jiné systémy, například arytmie nebo cévní mozková příhoda. Komplikace vznikající bezprostředně po výkonu nazýváme časné a komplikace, které se vyskytují po několika měsících až letech po operaci, pozdní (4, 7, 9, 13, 14).

1.7. Lékařská anamnéza

Anamnéza:

Pacientka M.P., narozena 10. května 1950.

Přijata byla dne 9. 10. 2009 k plánovanému operačnímu výkonu – endoprotéza levého kyčelního kloubu. Operační zákrok byl proveden 12. 10. 2009.

Základní diagnosa: M16.0 oboustranná primární koxartróza.

Ostatní diagnosy: I10.0 esenciální primární hypertenze, J.458 astma bronchiále, E104 DM II. typu s polyneuropatií na inzulínu.

Osobní: prodělala běžné dětské nemoci, podstoupila apendektomii v roce 1985 a náhradu pravého kyčelního kloubu v roce 2004.

Rodinná: bezvýznamná.

Psycho-sociální: žije sama, je vdova, sociální podmínky dobré.

Pracovní: od roku 2004 v důchodu, pracovala jako úřednice.

Alergie: náplast, ibuprofen.

Pojišťovna: 111.

Dieta: 9 - diabetická.

Abusus: nekuřačka, alkohol neguje.

Terapie: operační výkon – necementová náhrada kyčelního kloubu.

Farmakologická anamnéza:

Prednison 20mg	½ -0-0 tbl,	Famosan 40mg	1-0-1 tbl,
Isoptin 240mg	1-0-0 tbl,	Tenaxum	1-0-1 tbl,
Sortis 20mg	0-0-1 tbl,	Ventolin	p.p.,
Seretide diskus	2-0-2,	Metformin 1000mg	1-0-1 tbl,
Novorapid	26j-26j-20j s.c.,	Levemir	0-0-0-30j s.c.,
Clexan 0,4ml	0-0-1 s.c.		

Status praesens:

Váha: 75 kg Výška: 170 cm BMI: 25,95
TK 155/90mmHg P 80/min TT 36,6°C D 18/min

Pacientka je orientovaná, spolupracuje, bez výrazných smyslových poruch, bez ikteru a cyanózy, hydratace přiměřená, zornice izokorické, náplň krčních žil přiměřená, dýchání sklípkovité. Dolní končetiny bez otoků a defektů. Pacientka pokračuje v užívání léků.

Předoperační vyšetření:

Laboratorní: krevní obraz a diferenciál, sedimentace erytrocytů, aktivovaný parciální tromboplastinový čas (aPTT), Quickův test, sérové hladiny minerálů, urey, kreatininu, kyseliny močové, bilirubinu, jaterní testy, glukózy, HbsAg, chemické vyšetření moči a sedimentu.

Vyšetření krevní skupiny + dvakrát odběr autotransfuze

Interní + EKG, RTG srdce a plic, RTG pánve + ortopedické vyšetření, spirometrické vyšetření, výtěr z krku, nosu a jeho vyšetření na kultivaci a citlivost.

Diabetologické: má vedený diabetický záznam z důvodu sledování hladiny glykémie v krvi a stanovení předoperační diabetické péče, v den operace bylo podáno třikrát 500 ml 10% glukózy + 24j HMR + 7,5% KCl rychlostí 80ml za hodinu.

Anesteziologické: pacientka shledána schopnou výkonu v celkové anestezii, anestezie byla lokální vzhledem k onemocnění plic.

Premedikace: na noc Diazepam 5mg per os, v den operace podat ranní léky, kontrola TK, P, saturace, na výzvu Dormicum 7,5 mg per os.

V následující tabulce je znázorněn přehled indikačních skupin užívaných léků.

Tabulka 1 Indikační skupiny užívaných léků

Název léku	Indikační skupiny
Prednison	antihistaminika - kortikoidy
Famosan	antiulcerózum - antagonist histaminových H2 - receptorů
Isoptin	antihypertenziva - blokátory kalciového kanálu
Tenaxum	antihypertenziva
Sortis	antihyperlipidemika
Ventolin p.p	antiastmatika – bronchodilatancia
Seretide diskus	antiastmatika
Metformin	perorální antidiabetikum
Novorapid	insulin - krátkodobá inzulinová analoga
Levemir	insulin- dlouhodobá inzulinová analoga
Clexan 0,4ml	nízkomolekulární antikoagulancium

Zdroj: (vlastní)

1.7.1. Autotransfuze

U plánovaných operačních zákroků, u kterých je předpokládána větší krevní ztráta je vhodné provést autotransfuzi. Jedná se o dva odběry přibližně čtyřista ml vlastní krve pacienta. Krev je podána při operaci nebo časně po operaci při krevních ztrátách. Autotransfuze minimalizuje rizika přenosu infekčních onemocnění. Odebranou krev lze podat jako plnou krev nebo ji zpracovat na erytrocyty a plazmu. Krev musí být odebrána v takovém časovém období před plánovanou operací, aby nedošlo k překročení doby použitelnosti. Odběry se provádí většinou dva až tři týdny před operací. Nejkratší možná doba odběru krve na autotransfuzi jsou čtyři dny před operací.

Pokud není odběr možný z důvodu špatného zdravotního stavu, jsou krevní ztráty hrazeny transfuzí krve od vhodného dárce, která je zajištěna v rámci předoperační přípravy (10, 16).

2. Ošetřovatelská část

2.1. Charakteristika práce a vzdělání sestry

Povolání sestry je velice náročné po psychické i fyzické stránce. Sestra se setkává s lidmi, kteří jsou většinou v obtížné životní situaci nebo jsou v roli pacienta poprvé. Sestra musí být maximálně profesionální a empatická. Mezi základní charakterové vlastnosti sestry by měly patřit duševní vyrovnanost a sebeovládání, schopnost rychle se rozhodnout, pravdomluvnost a čestné jednání. Nezbytný je také smysl pro čistotu a pořádek, v neposlední řadě by měla ovládat umění jednat s lidmi. Každá sestra není na začátku své profesní dráhy sestry takto „vybavená“, mnohému se naučí během studia a největší přínos má sama praxe s pacienty. Než vstoupí do této profese, měla by zvážit, jestli je schopna a ochotna se učit, měnit se a zda je dostatečně silná na zdolávání obtížných situací, které s sebou povolání sestry přináší. Mezinárodní rada sester zpracovala hlavní etické a morální zásady ošetřovatelského povolání, které jsou uvedeny v Etickém kodexu sester.

Požadavky na vzdělávání sester se neustále zvyšují. Sestře již nestačí samotná maturitní zkouška, musí být ještě registrovaná, což ji opravňuje k vykonávání pracovních činností sestry bez odborného dohledu. Registrace podněcuje sestry k celoživotnímu vzdělávání prostřednictvím různých odborných seminářů a kurzů. Nyní je střední školství vedené jako Zdravotnický asistent, který potřebuje vysokoškolské studium v oboru Ošetřovatelství, aby mohl vykonávat práci sestry bez odborného dohledu (17, 18, 19).

2.1.1. Specifika práce sestry na oddělení ortopedie

Ortopedie je chirurgickým oborem, který se zabývá problematikou prevence, diagnostiky léčby pohybového aparátu. Předpokladem pro práci sestry na ortopedickém oddělení je schopnost zvládnout plnění aktuálních potřeb nemocných v souvislosti s akutními stavy vyžadující operační výkon a následnou pooperační péči s rekonvalescencí. Práce je ovlivněna stavem nemocných a léčbou. Sestra je pohotová a rychlá při zajišťování diagnostických a léčebných opatření, zvládá urgentní přípravu nemocného k operaci.

Ošetrovatelský tým se skládá ze sester se základním zdravotnickým vzděláním, sester specialistek. Tým doplňují vysokoškolsky vzdělané sestry, které především plánují ošetrovatelskou péči a nižší zdravotnický personál. (7).

2.2. Předoperační příprava k plánovanému výkonu

Dlouhodobá – časové rozmezí podle typu operace a onemocnění, interní vyšetření nesmí být starší čtrnácti dnů. Předoperační příprava je blíže rozebrána v klinické části.

Krátkodobá – časové období dvaceti čtyř hodin před samotným výkonem. Anestezie potlačuje funkci gastrointestinálního traktu, hrozí zvracení a následná aspirace během nebo po výkonu. Je třeba nemocného poučit o lačnění: šest až osm hodin před výkonem nic nejíst a nepít, v případě potřeby se zajistí přívod energie a tekutin parenterální cestou dle ordinace lékaře, čímž snížíme riziko pooperačních komplikací. Do lačnění patří i přísný zákaz kouření šest až osm hodin před výkonem. V den operace zavádíme permanentní močový katétr. Zajistíme celkovou hygienu pacienta a připravíme operační pole. Cílem je snížení rizika infekce. Pacient by měl být co nejméně stresován, proto mu zajistíme dostatečný odpočinek a nerušený spánek, eventuálně dle ordinace lékaře se mohou podat sedativa a hypnotika. Nesmíme zapomenout na protetické pomůcky jako je umělý chrup, který musí být odstraněn a hygienicky uložen. Dál k těmto pomůckám patří kontaktní čočky, brýle, naslouchadla. Důležitá je prevence tromboembolických komplikací, proto přikládáme bandáže nebo elastické punčochy.

Pacienta bychom na výkon měli připravit i po psychické stránce. Vhodná je intervence sestry i lékaře. Účelem je vhodnou komunikací minimalizovat strach a stres z operace. Pacientovi poskytneme prostor na zodpovězení jeho otázek. Nemocní mají často strach z anestezie nebo nepříznivého výsledku operace, pooperační bolesti, imobilizace a nesoběstačnosti. Všechny tyto obavy je třeba minimalizovat. Čekání a nedostatek informací psychický stav zhoršuje, u velmi stresovaného nemocného může dojít k řadě nepříjemných komplikací. Sestra nemocného informuje o tom, co ho čeká v bezprostředním a následném pooperačním období: kde bude uložen, jak bude zajištěno plnění jeho základních

biologických potřeb, jaká bude jeho pooperační poloha a pozornost také věnujeme pooperační rehabilitaci a nácviku sebeobslužnosti. Zvláště u operací jako jsou náhrady kloubů, kdy pacient bude dlouhodobě využívat kompenzační pomůcky v podobě francouzských holí a dalších speciálních pomůcek. Pomůcky zajistíme s dostatečným předstihem, aby se nemocný seznámil s jejich správným používáním. Je důležité, abychom nemocného poučili o poloze končetiny v pooperačním a následném období. Zároveň ho poučíme o kontraindikovaných polohách operované končetiny – zevní rotace, addukce v kyčli, flexe s extendovanou končetinou v kyčli. Všechna tato poučení je vhodné dát nemocnému i písemně a s obrázky, aby si informace mohl kdykoliv připomenout. U starších nemocných můžeme zajistit nácvik pohybu na lůžku a jeho opouštění. Vhodné je naučit nemocného provádět dechová cvičení jako prevenci imobilizačních komplikací.

Bezprostřední předoperační příprava – omezuje se na úsek těsně před samotným výkonem přibližně dvě hodiny. Provedeme kontrolu dokumentace. Ověříme vyndání umělého chrupu, lačnění, přiložení bandáží a zkontrolujeme operační pole.

Speciální příprava je u nemocných s diabetem. Platí výše uvedené a navíc musí diabetik navštívit diabetologickou poradnu, kde lékař stanoví, jak se bude diabetes kompenzovat v předoperačním a pooperačním čase. Diabetika hospitalizujeme nejméně den před operací, kdy sledujeme hladiny krevního cukru. Po dobu lačnění je nemocnému zajištěn žilní přístup pro podávání infuzí roztoku glukózy a inzulínu podle aktuálních hodnot glykémie (4, 8, 9, 14).

2.3. Pooperační péče

Pacient je z operačního sálu předán na tzv. „dospávací pokoj“, kde jsou sledovány základní životní funkce, vyvedené drény a bolest. Dohlíží se na bezpečnost pacienta. Důležité je spontánní vymočení do šesti maximálně osmi hodin po operaci, v opačném případě je nemocný vycévkován. Pokud je zaveden permanentní močový katétr, zajistíme napojení na sběrný sáček. Pracujeme tak, abychom pacienta neohrozili vznikem infekce či nozokomiální nákazou.

V případě rozsáhlých operačních výkonů, destabilizaci stavu se pacienti překládají na jednotku intenzivní péče. Na tomto oddělení stráví dle stavu jeden až dva dny. Poté se vrací na standardní lůžkové oddělení.

Pacientovi zajistíme dostupnost signalizace a jeho bezpečnost. Nadále monitorujeme krevní tlak, puls, dech, vědomí, operační ránu a funkčnost drénů dále pak vyprazdňování a bolest. Pokud má pacient zavedeny žilní vstupy, dbáme o ně dle zásad aseptického přístupu. Jakmile stav pacienta dovolí, začínáme s prvky pooperačního režimu.

V případě operací, kde nebyl výkon veden na gastrointestinálním traktu a pacient nemá potíže s nevolností, se může podávat čaj po lžičkách již v den operace. Dále dle stavu.

Pravidelně kontrolujeme přiložení bandáží, funkčnost drénů. Dodržujeme zásady sterility při převazu operační rány (4, 8, 9, 14, 22).

2.4. Pooperační rehabilitační režim

Pooperační rehabilitační režim je na ortopedických odděleních obvykle velmi dobře rozpracován. Cílem je nácvik samostatné chůze bez zátěže operované končetiny a nácvik sebeobsluhy. Důležitou součástí je časná vertikalizace pacienta, která má pomoci zabránit vzniku tromboembolických komplikací a slouží jako prevence pooperačního imobilizačního syndromu. Pokud je pacient oběhově stabilizovaný, začínáme s rehabilitací ještě v den operace. Rehabilitaci provádí fyzioterapeut několikrát denně, ale sestra se aktivně podílí na celodenní rehabilitační péči.

První pooperační den se provádí dechová cvičení, kondiční cvičení neoperovaných končetin. Druhý až třetí pooperační den se přidává aktivní cvičení v kyčelním kloubu s dopomocí. Nacvičuje se s pacientem trojdobá chůze se simulací nášlapu o francouzských holích, které představují padesáti procentní odlehčení operované končetiny. Další rehabilitace je zaměřena na sebeobsluhu a postupně i chůzi po schodech.

Existují zakázané pohyby, které by mohly vést k luxaci kyčelního kloubu. Nevhodný je hluboký sed, křížení končetin, překřížení operované končetiny dovnitř a zevní rotace tzn. nohu přes nohu; dolní končetiny by měl pacient držet

co nejvíce od sebe tak, aby špička operované končetiny směřovala ke zdravé končetině. Pokud pacient leží na zádech, je nutný polštář mezi kolena, zvláště když se otáčí, aby nedošlo k přetížení. WC smí pacient použít, pouze pokud je s nástavcem. Operovaná končetina se nesmí přetěžovat a váha těla by měla být přenášena na berle.

Pacient při propuštění by měl být samostatně chodící. Zátěž na operovanou končetinu je asi čtrnáct dnů po operaci jednou třetinou hmotnosti. Poté může být zátěž zvyšována na polovinu váhy a přibližně po půl roce dle pokynů operátora může pacient začít doma chodit bez berlí. Má stanovený plán domácí rehabilitace, případně je předán k pokračování do rehabilitačního centra (4, 7, 13, 14).

2.5. Ošetrovatelská péče

Na každém oddělení pečují o pacienty zdravotnický tým skládající se z lékařů, sester různých specializací a odborností, fyzioterapeutů, ošetrovatelek a dalších pracovníků dle zaměření oddělení. Nejpočetnější část tvoří sestry. Práci sestry bychom mohli dle její náplně rozdělit na základní ošetrovatelskou péči, péči diagnosticko – terapeutickou, administrativní část a práci přípravnou a dokončovací.

Základní ošetrovatelská péče zahrnuje činnosti zaměřené na vyhledávání a uspokojování základních potřeb člověka, které jsou nemocí změněny nebo onemocnění zabraňuje jejich plnění například zajištění osobní hygieny a bezpečnosti, péče o výživu, vyprazdňování a spánek. Dle závažnosti zdravotního stavu provádí činnosti sestra nebo ošetrovatelka. Správné uspokojování základních potřeb se podílí na úspěchu léčby, ovlivňuje pacientovo prožívání nemoci a může zkrátit hospitalizaci. Základní ošetrovatelskou péči nesmíme podceňovat. Tato péče vychází z teorie potřeb a jejich uspokojování. Této oblasti musíme věnovat pozornost, aniž bychom čekali na ordinace lékaře. Sestra posuzuje do jaké míry je schopnost nemocného uspokojit své potřeby omezená. Činnosti jako příprava a provedení různých vyšetření, odběr biologického materiálu, podávání léků, provádění převazů a dalších léčebných procedur nebo asistence lékaři patří do diagnosticko – terapeutické péče. Do administrativní části

patří vedení ošetřovatelské dokumentace a dalších záznamů o nemocném, vyplňování žádanek na vyšetření a výkonů pro pojišťovnu.

Ošetřovatelskou péčí můžeme rozdělit na aktivní a pasivní. Aktivní ošetřovatelská péče zahrnuje činnosti, které sestra provádí sama na základě ošetřovatelského procesu. Odvíjí se od vnitřní motivace sestry. K pasivní péči patří činnosti související s provozem oddělení, dále ordinace lékaře a plnění pacientových požadavků (8, 17, 18, 19).

2.6. Potřeby člověka

Náš život se skládá z neustálého uspokojování potřeb. Některé potřeby jsou zásadní pro přežití, uspokojení jiných potřeb náš život obohacuje a zpříjemňuje. Dělíme je na základní a vyšší životní potřeby. Nejčastěji se užívá Maslowova klasifikace, která je rozděluje do tří kategorií:

- a) potřeby biologické – potřeba dýchání, potravy, tepla
- b) potřeby psychické – potřeba seberealizace, jistoty
- c) potřeby sociální – potřeba být milován

Každý člověk má jiné potřeby, což je ovlivněno různými faktory například věkem, pohlavím, vzděláním, výchovou. Teprve po uspokojení základních životních potřeb, můžeme uspokojovat potřeby vyšší. Sestra v nemocnici pomáhá pacientovi tyto potřeby uspokojovat.

Po chirurgických výkonech se nejčastěji setkáváme s potřebou tišení bolesti. Bolest je většinou přítomna zejména dvanáct až třicet šest hodin po výkonu. Je individuální a závislá na mnoha okolnostech. Pooperační analgezie je důležitá, bolest by měla být tlumena dříve, než dostoupí vrcholu, abychom pacienta zbytečně nestresovali. Mezi přidružené symptomy patří poruchy soběstačnosti, nespavost, únava, emoční projevy, zvracení nebo zácpa. Kladný vliv na bolest může mít i empatie, informovanost či haptický kontakt (18, 19, 22).

2.7. Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je základním kamenem moderního ošetrovatelství. Tato racionální metoda ošetrovatelské praxe je vyučována na všech typech ošetrovatelských škol.

Samostatný pojem „proces“ představuje sérii plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku.

Teorie ošetrovatelského procesu je založena na systematickém vyhledávání biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb člověka, které jsou narušené probíhajícím onemocněním, a jejich plánovitému uspokojování prostřednictvím aktivní a individualizované ošetrovatelské péče. Z teoretického hlediska jde o metodologii oboru ošetrovatelství. Využití ošetrovatelského procesu v klinické praxi se legitimizovalo v roce 1973 (20, 21, 22).

Fáze ošetrovatelského procesu:

1. zhodnocení - posouzení zahrnuje sběr, ověření a třídění údajů o pacientově zdravotním stavu, které je možno získat z různých pramenů. Mezi hlavní metody sběru dat patří pozorování, rozhovor a vyšetření.

2. diagnostika - ošetrovatelskou diagnózu určí sestra na základě vyhodnocení získaných informací. Ošetrovatelská diagnóza znamená verbalizaci a standardní pojmenování potřeb a problémů, které může ovlivnit správně zvolená a naplánovaná ošetrovatelská péče. Můžeme popisovat jak současné problémy - aktuální ošetrovatelská diagnóza, tak zdravotní problémy, které se mohou teprve objevit a které lze očekávat - potenciální ošetrovatelská diagnóza. Diagnózy řadíme podle priorit pacienta.

3. plánování - je stanoven plán ošetrovatelské péče. Na základě ošetrovatelských diagnóz sestra stanoví cíle péče, způsoby, jakými bude společně s pacientem individuální problémy řešit a pořadí v jakém bude postupovat.

4. realizace - činnost zaměřená na dosažení výsledků dle stanovených cílů. Pacient je na prvním místě. Tato fáze funguje jako prevence komplikací, uchování obranných mechanismů. Jde zde o přesné a starostlivé vykonávání ošetrovatelských aktivit.

5. vyhodnocení - hodnocení je důležité proto, že pomáhá ošetrovatelskému týmu zjistit účinnost nebo neúčinnost poskytované péče. Analyzuje vliv různých ošetrovatelských výkonů na dosažení stanovených cílů a tak usnadňuje rozhodnutí pro další vhodný krok. O tom, zda byla plánovitě poskytovaná péče skutečně účinná, se přesvědčíme, porovnáme-li její výsledek s jednotlivými fázemi procesu. V případě, že cíle nebylo dosaženo, změníme na základě výsledku hodnocení plán ošetrovatelské péče.

Cílem ošetrovatelského procesu je kvalitní ošetrovatelská péče a uspokojení individuálních potřeb klienta. Sestra nejdříve, pokud je to možné, ve spolupráci s pacientem zhodnotí jeho celkový zdravotní stav - sestaví anamnézu. Určí aktuální a potenciální problémy - ošetrovatelské diagnózy. Sestaví písemný individuální plán ošetrovatelské péče, v něm seřadí ošetrovatelské diagnózy podle priorit a ke každé ošetrovatelské diagnóze stanoví očekávané výsledky a ošetrovatelské zásahy. Pak péči realizuje. Vše zaznamenává a svoji činnost po určité době vyhodnotí - srovnáním skutečného stavu pacienta a očekávaných výsledků v plánu péče (20, 21, 22).

2.8. Model Marjory Gordonové „model fungujícího zdraví“

Tento model jsem si vybrala pro jeho komplexní pojetí pacienta. Informace jsem získala při rozhovoru s pacientkou. Použila jsem vlastní formulář, který jsem vytvořila na základě znalostí o modelu Marjory Gordonové. (viz Příloha č. 3: Ošetrovatelská anamnéza dle M. Gordonové).

Tento model slouží k zhodnocení pacientova zdravotního stavu sestrou, k získávání informací a k sestavení ošetrovatelské anamnézy. Odvozuje se z interakce člověka a prostředí. Vychází z holistické a humanistické filosofie a ošetrovatelského modelu.

Základní strukturu tvoří třináct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu. Podle tohoto modelu můžeme zhodnotit zdravotní stav jak zdravého, tak i nemocného člověka. Získáme komplexní informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy, z níž pak stanovíme

aktuální i potenciální ošetrovatelské diagnózy a můžeme naplánovat a realizovat péči o pacienty (15, 21).

Jednotlivé části modelu:

- a) podpora zdraví - popisuje, jak nemocný vnímá své zdraví a pohodu a jakým způsobem si své zdraví udržuje,
- b) výživa - popisuje způsob příjmu jídla a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu, dále sem patří hodnocení stavu kůže, kožní defekty, poranění, celková schopnost hojení ran,
- c) vylučování a výměna - popisuje způsob vyměšování - tlustého střeva, močového měchýře a kůže,
- d) aktivita, odpočinek - popisuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami ve volném čase a při relaxaci,
- e) vnímání a poznávání - popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání, používání kompenzačních pomůcek nebo protéz,
- f) vnímání sebe sama - popisuje emocionální stav a vnímání sebe sama,
- g) vztahy - popisuje způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů,
- h) sexualita - popisuje uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě nebo se svým pohlavím. Zahrnuje reprodukční období ženy a problémy s tím související,
- i) zvládání zátěže - popisuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových situací,
- j) životní princip - zahrnuje vše, co je v životě vnímáno jako důležité např. kvalita života, prožívání konfliktů v hodnotách, víře nebo očekávání, které se vztahují ke zdraví,
- k) ochrana a bezpečnost - nabízí informace pro ošetrovatelskou diagnostiku v oblasti ochrany před nebezpečím, fyzickým poškozením nebo před poškozením imunitního systému,
- l) komfort - obsahuje informace o ošetrovatelské diagnostice v potřebách souvisejících s psychikou, tělesnou a sociální pohodou nebo klidem,

m) růst a vývoj - shromažďuje materiál pro ošetřovatelskou diagnostiku v oblastech souvisejících s nárůstem tělesných rozměrů, se zráním orgánových systémů a s průběhem vývojových stádií člověka (15, 21).

2.9. Kazuistika

Všeobecné informace

Pacientka M.P. ve věku padesát devět let byla přijata dne 9.10.2009 k plánovanému operačnímu výkonu – totální endoprotéze kyčelního kloubu vlevo. Dle zvyklostí oddělení byla pacientka přijata již v pátek z důvodu sledování glykemického profilu v rámci předoperační přípravy. Operační zákrok byl plánován a proveden v pondělí 12. 10. 2009. Pacientka má oboustrannou primární koxartrózu, která se projevuje dlouhodobou bolestivostí kyčelního kloubu a jeho značně omezenou hybností, což ve velké míře ovlivňuje její život. V poslední době se objevovala i bolest klidová. Není tolik soběstačná jako dřív, s čímž není spokojena a má to vliv i na její psychiku. Konzervativní terapie byla doposud neefektivní a tak po dohodě s lékařem bylo přistoupeno k operativnímu řešení.

Nyní je pacientka druhý den po operaci. Pacientka je hospitalizována na ortopedickém oddělení Krajské nemocnice Pardubice. Pacientka má s hospitalizací na tomto oddělení dobré zkušenosti. Před pěti lety ji zde byla provedena totální endoprotéza pravého kyčelního kloubu. Při přijetí dostala informace o operačním výkonu a průběhu hospitalizace pouze písemně. Lékař se odkazoval na předešlou operaci podobného charakteru. Co ji čeká v následujících dnech, se dozvěděla od zdravotní sestry během pobytu v nemocnici. Nedostala prostor pro zodpovězení případných dotazů, omlouvá lékaře slovy „lepší nevědět“. Trpí alergií na náplast a Ibuprofen.

Podpora zdraví

Pacientka zná důvod přijetí. Byla dva roky na pořadníku a termín měla slíbený na začátek příštího roku. Minulý týden ji kontaktovali, že se uvolnilo místo v operačním programu a může tedy nastoupit. Pacientka ráda přijala tento termín s tím, že „neměla čas na přemýšlení“. Příčinou současného stavu je artróza, se kterou se léčí již čtrnáct let. Nynější situace pro ni není velkým překvapením.

Domnívá se, že za dané situace a po předchozích zkušenostech, kdy bolesti výrazně ustoupily po operačním zákroku, je tato léčba pro ni vhodným řešením.

Pacientka se léčí s arteriální hypertenzí přibližně pět let, s diabetem osm let a s astma bronchiále už více než deset let. Dochází na pravidelné kontroly k praktickému lékaři a je dispenzarizována v diabetologické poradně v Moravské Třebové, kam dochází jedenkrát měsíčně. Diabetes se v rodině nevyskytoval. Jak sama pacientka říká, „onemocnění přišlo s věkem.“ Od počátku, kdy se na onemocnění přišlo při běžné preventivní prohlídce, je léčena v kombinaci dieta, léky a aplikace insulínu. Pravidelné sledování glykémie provádí pacientka sama pomocí glukometru dle instrukcí diabetologa, aplikaci inzulínu zvládá bez obtíží. Je poučena, že pokud se glykémie vychýlí z běžných hodnot, má se hlásit v poradně i mimo pravidelný termín. Pacientka od počátku onemocnění dodržuje diabetickou dietu, která ji teď už nečiní žádné potíže. Ze začátku pro ni bylo obtížné naučit se pravidelně jíst a odměřovat si porce. O své zdraví pečuje tím, že do svého jídelníčku zařazuje ovoce a zeleninu.

O sebe a svůj vzhled pacientka dbá, je upravená. Sebepéči zvládá bez dopomoci. Po propuštění ji pomůže syn a dcera. Je domluvena s lékařem na následné péči v podobě rehabilitačního oddělení.

Výživa

Pacientka jí pravidelně v malých porcích. Sní vše, co jí dovoluje dieta. Chuť k jídlu má a pije hodně. Denní příjem tekutin je kolem tří tisíc ml. Dává přednost čaji a minerální vodě. Po operaci se ještě „necítí úplně ve své kůži“, a proto jí méně než je zvyklá.

Měří 170cm a váží 75kg. Váhu má většinou ustálenou, ale v posledních měsících, jelikož byla pohybově limitována pro bolesti kyčle a nemohla chodit na procházky, jak byla zvyklá a více posedávala, se jí zdálo, že začala nabírat na váze.

Vlasy jsou upravené. Nehty čisté. Kožní turgor v pořádku. Pacientka má horní zubní protézu.

Vylučování a pulmonální systém

Pacientka nemá žádné problémy s vyprazdňováním. Stolice pravidelná (1-2 krát za 24 hodin), formovaná, barva hnědá. Projímadla neužívá. Při močení také žádnými problémy netrpí. Moč je světle žlutá bez příměsí. Potí se přiměřeně během dne i noci. Sleduje sama přibližný příjem a výdej tekutin dle pokynů z diabetologické poradny.

Po operaci na stolici ještě nebyla, příčinu vidí v tom, že málo jí. Sama si dala cíl, že na toaletu si sama dojde, nechce se vyprazdňovat na mísu v lůžku. Po operaci měla pacientka zavedený permanentní močový katétr, který ji byl dnes odstraněn. Pacientka již močila a při mikci neudává žádné potíže.

Pulmonální systém – léčí se s astma bronchiále, dispenzarizována je na plicní ambulanci v Moravské Třebové. Stav je přiměřený věku a užívaným lékům. Toto onemocnění ji nejvíce omezuje, zvláště v jejích oblíbených procházkách. Díky pravidelnému pohybu je stav lepší, ale někdy nemůže popadnout dech. Pravidelně užívá léky, bez kterých se neobejde.

Aktivita, cvičení, spánek, odpočinek a kardiovaskulární systém

Pacientka tráví svůj volný čas sama nebo s rodinou. Ráda si odpočine u křížovek nebo u televize, sleduje soutěžní pořady. Často chodila na procházky, na které se velice těší.

Pacientka spí pět hodin denně. Občas se v noci budí, ale hypnotika neužívá. V nemocnici spí špatně, hypnotika odmítá. Důvodem nekvalitního spánku, jak uvádí pacientka, jsou rušivé elementy nemocničního prostředí.

Nyní má pacientka v Barthelově testu sedmdesáti bodů a dosahuje stupně lehké závislosti, kdy vyžaduje pomoc při chůzi. (viz Příloha č. 1: Barthelův test základních všedních činností ADL)

Pohybový systém – pacientka používá francouzské hole od té doby, co se zhoršily bolesti při chůzi, odlehčuje tak nemocné kyčli. Doufá, že po operaci a rehabilitaci je bude moct opět odložit, jako tomu bylo i po první operaci.

Kardiovaskulární systém - arteriální hypertenze, pravidelně sledovaná u praktického lékaře. Od dětí dostala k Vánocům elektronický tonometr, takže se občas „přeměří“, aby věděla, že je vše v pořádku.

Vnímání, poznávání a komunikace

Pacientka má potíže se zrakem, nosí brýle na čtení. Je dobře orientována časem, místem i osobou a nemá žádné problémy s pamětí. Při rozhovoru jsem u pacientky neshledala problémy s komunikací. Sdělila mi, že je zvyklá být sama, ale ráda si popovídá. Vyjadřování odpovídá věku a vzdělání. Nemocniční prostředí vnímá dobře, ve dne je to lepší, v noci nemůže spát, je citlivá na hluk během spánku, jelikož bydlí sama.

Sebepojetí a sebeúcta

Pacientka spoléhá sama na sebe. Oporou jsou v případě potřeby děti, ale nerada je „využívá“. Pacientka se cítí klidná. Nemá žádné osobní problémy. Snaží se o pozitivní přístup k životu, aby vše zvládla a nemusela se spoléhat na ostatní. Po operaci se cítí dobře. Je ráda, že „to má za sebou a teď už bude jen líp“. Při rozhovoru neměla problémy sdělit mi informace osobního rázu. Ráda by se o průběhu operace a svém stavu dozvěděla více, ale bojí se lékaře zeptat, aby ho nezdržovala, protože „má určitě důležitější povinnosti.“ Pacientka je důvěřivá. Zajímala se o moje studium a ráda se stala součástí mé případové studie.

Mezilidské vztahy a plnění rolí

M.P. bydlí sama v prvním poschodí panelového domu bez výtahu. Je zde spokojená. Je vdova. Pacientka má dceru, syna a tři vnoučata. Pacientka uvádí, že rodinné vztahy jsou v pořádku. Vnoučata ji „dobíjí“ energií. Po propuštění je v plánu hospitalizace v rehabilitačním středisku, do té doby než zvládne sama obvyklou základní sebepéči. Ze začátku jí pomohou děti, zvláště s nakupováním. Navařila si nějaké jídlo do mrazáku a nakoupila zásoby, aby byla připravená na první dny po propuštění. Syn ji navštíví, než půjde domů, aby zařídil, co je potřeba. Dříve pracovala jako účetní, nyní je na důchodě. Společenský život nevede, takže ji onemocnění nijak citelně v tomto směru nezasáhlo.

Sexualita a reprodukční činnost

Menstruovala pravidelně od čtrnácti let. Menopauza nastala okolo čtyřicátého osmého roku života. Dva spontánní porody bez komplikací, pacientka

má dvě děti. Porody byly spontánní bez komplikací. Pacientka problémy v této oblasti neuvádí.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Pacientka žádné napětí neprožívá. Pouze se trochu bojí, jestli se o sebe zvládne postarat po propuštění a zda pro ni bude místo na rehabilitačním oddělení. Pacientka nekouří a alkohol nepije. O manželovi nemluví, je vdova už několik let. Nejvýraznější změnou pro ni byl v posledních letech odchod do důchodu, který zvládla dobře, těšila se. V té době dcera měla už dvě děti, takže jí mohla pomáhat. Pomoc hledá u rodiny a děti se na ní mohou také kdykoliv obrátit.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka není věřící. Pro ni je důležitá rodina. Jejím snem je skok padákem v tandemu, ale nedávno viděla v televizi smrtelnou nehodu, která se stala při seskoku, takže o seskoku opravdu jen sní.

Bezpečnost a ochrana

Pacientka má zavedenou periferní žilní kanylu na levém předloktí od 12. října pro infuzní terapii a v pravém předloktí pro transfuzní terapii, které budou eventuálně dnes dle výsledků odběrů odstraněny. Pacientka má také od operačního zákroku zaveden v místě operační rány Redonův drén, který odvádí minimálně. Dnes je v plánu jeho odstranění. Pacientka je ohrožena rizikem infekce a pádu. Dle Nortonové hodnocení rizika dekubitů dosahuje pacientka třiceti bodů a není tedy vystavena zvýšenému riziku vzniku proleženin. (viz Příloha č. 2: Rozšířená stupnice Nortonové)

Komfort

Pacientka se dokázala adaptovat v denním nemocničním prostředí. Vyhovuje jí být na pokoji s více pacientkami, které jsou přibližně stejně staré. Ráda si popovídá, probere, co se děje nového. Zdravotnickou péči si chválí. Pacientka trpí mírnými pooperačními bolestmi. Těší se, až bude zase chodit na

procházkou bez holí a nebude mít trvalé bolesti. Je velice pozitivní a spokojená, že už má operaci za sebou. Doufá, že nenastanou žádné komplikace.

Bolestí před operací trpěla hodně, užívala pravidelně analgetika, která už příliš nezabírala. Pacientka se nyní cítí lépe. Má mírné pooperační bolesti. Dostává injekce před rehabilitací a na noc.

Růst a vývoj

Pacientka nemá žádnou vrozenou vadu. Během života se neprojeví žádné odchylky ve vývoji a růstu.

2.10. Edukace

Paní M.P. byla poučena o správném pooperačním režimu a přístupu k operované končetině. Důležitá je názornost, praktické použití a následná kontrola. Při své edukaci používáme verbální způsob poučení formou rozhovoru a také edukační materiály, které máme k dispozici na oddělení. Edukace nemocné byla zaměřená převážně na dodržení doporučených pohybů tak, aby nedošlo k luxaci v operovaném kyčelním kloubu. V rámci prevence tromboembolické nemoci jí byly doporučeny pohybové aktivity snižující riziko vzniku nemoci. Byla informována o nutnosti bandážování dolních končetin a dostatečném pitném režimu. Je důležité, aby pacientka pokračovala v doporučených opatřeních i po propuštění do domácího ošetření. Při propuštění bude opět poučena o domácím režimu a o tom, jak pokračovat v rehabilitaci po propuštění (6, 11, 23).

2.11. Souhrn doporučení

Následující souhrn doporučení je možné dát pacientce v edukačních materiálech, aby je měla stále k dispozici:

- používání kompresních punčoch nebo elastických bandáží dolních končetin a důsledné užívání všech naordinovaných léků,
- pravidelné kontroly v ortopedické ambulanci,
- vyvarovat se pohybům, které by mohly vést k luxaci – nevhodný je hluboký sed, křížení končetin, překřížení operované končetiny dovnitř a zevní rotace tzn. nohu přes nohu,

- na WC použití nástavce,
- nezatěžovat operovanou dolní končetinu, váhu těla přenést na berle, pevné boty bez vysokého podpatku,
- držet dolní končetiny, co nejvíce od sebe tak, aby špička operované končetiny směřovala ke zdravé končetině
- ležení na zádech s polštářem mezi kolena,
- prevence pádů - rizika v koupelně, sedačka do vany, bezbariérová úprava prostředí, opěrné pomůcky – madla, pevná zábradlí,
- sledovat hmotnost, aby nedocházelo k výkyvům váhy (7, 13, 14).

2.12. Prognóza

Pooperační průběh je prozatím bez komplikací. Pokud bude pacientka dodržovat stanovená doporučení a pravidelně rehabilitovat, bude návrat do běžného života nenásilný a bez větších problémů.

Posouváním věkové hranice operovaných, se zvyšují nároky pacientů na návrat k plné aktivitě. S tím je spojeno i zvýšené opotřebení jednotlivých komponent totálních náhrad a tedy životnost náhrady často závisí na způsobu života.

2.13. Přehled diagnóz

V další části práce jsem pro lepší přehlednost shrnula informace do následujících tabulek.

Tabulka 2 Celkový přehled diagnóz

Krátkodobý plán	Dlouhodobý plán
1. Bolest v souvislosti s operačním výkonem.	1. Riziko poškození v souvislosti s nedodržením léčebného režimu.
2. Riziko infekce v souvislosti s operační ránou, aplikací s.c. injekcí, zavedenou periferní žilní kanylou a redonovým drénem.	2. Riziko zácpy v souvislosti s operačním výkonem.
3. Nedostatek informací v souvislosti se špatnou informovaností pacientky při příjmu.	3. Snížená soběstačnost v souvislosti s operačním výkonem.
4. Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí.	4. Poškozená tkáňová integrita v souvislosti s operační ránou.
5. Zhoršená pohyblivost v souvislosti s operovanou končetinou.	5. Riziko komplikací spojených s aplikací inzulínu (hyperglykémie, hypoglykémie) v souvislosti se změnou režimu.
6. Riziko tromboembolické nemoci v souvislosti se sníženou pohyblivostí.	6. Snížená plicní ventilace v souvislosti s astma bronchiále.
7. Riziko pádu v souvislosti s omezenou hybností.	

2.13.1. Krátkodobý ošetrovatelský plán

Tabulka 3 Krátkodobý ošetrovatelský plán: Akutní bolest

Datum: 14.10.	
Ošetrovatelská diagnóza:	Akutní bolest v souvislosti s operační ránou.
Cíl:	Pacientka nemá bolesti - 30 min.
Plán:	<ul style="list-style-type: none">▶ Zjistí přesnou lokalizaci, druh, trvání, vyvolávající příčinu a stupeň bolesti - 5 minut.▶ Veď si záznam o dané bolesti - po celou dobu hospitalizace.▶ Zjistí, co pacientce pomáhá od bolesti, pokud je to vhodné podporuj ji v této činnosti, popřípadě jí vysvětlí, proč je to správné či špatné (ledování místa bolesti,...) - 10 min.▶ Vysvětlí pacientce, které pohyby by mohly pro ni znamenat zhoršení bolesti a které zlepšení - 10 minut.▶ Upozorni pacientku na to, že musí končetinu šetřit, odlehčovat, přílišná námaha zhoršuje bolest - 30 minut.▶ Zajisti pacientce dostatečný odpočinek a pohodlí na lůžku - 30 minut.▶ Aplikuj ledové obklady dle přání pacientky.▶ Podej léky dle ordinace lékaře.
Zhodnocení:	Pacientka nyní nepocítuje bolest. Pacientka nás informuje o vývoji bolesti. Pacientce byla podána 1 ampule Diprospanu dle ordinace lékaře (na její žádost). Pacientka si místo operační rány leduje.

Tabulka 4 Krátkodobý ošetrovatelský plán: Riziko infekce

Datum: 14.10.	
Ošetrovatelská diagnóza:	Riziko infekce v souvislosti s operační ránou, aplikací s.c. injekcí, zavedenou periferní žilní kanylou a redonovým drénem.
Cíl:	Pacientka nemá infekci po celou dobu hospitalizace.
Plán:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sleduj operační ránu a veď si o ní záznam - po celou dobu hospitalizace. ▶ Sleduj fyziologické funkce a projevy infekce (TT, zčervenání, otok, bolestivost v okolí operační rány a v okolí kanyly) - po celou dobu hospitalizace. ▶ Zajisti aseptické prostředí a postup při převazech operační rány, periferních kanyl - vždy. ▶ Nezapomeň na správné provedení dezinfekce před aplikací injekce - vždy. ▶ Vysvětli pacientce, jak se projevují počáteční známky infekce (bolestivost, zarudnutí,...) a k jakým možným komplikacím může dojít -15 min. ▶ Vysvětli pacientce, proč je nutné sledovat místo operační rány a vstupu periferní kanyly - 3 min. ▶ Informuj se u pacientky na známky infekce po celou dobu hospitalizace a při projevech infekce informuj lékaře. ▶ Prováděj správnou hygienu a udržuj čistotu v prostředí kolem pacientky - po celou dobu hospitalizace.
Zhodnocení:	Pacientka nemá žádné příznaky infekce. Pacientka byla poučena o riziku infekce a chápe následky. Operační rána je převazována za aseptických podmínek. Periferní kanyla bude dnes odstraněna, pokud jí nebude potřeba. Redonův drén je také v plánu dnes odstranit. Injekce jsou aplikovány dle ošetrovatelských standardů. Místa vpichu jsou střídána.

Tabulka 5 Krátkodobý ošetřovatelský plán: Nedostatek informací

Datum: 14.10.	
Ošetřovatelská diagnóza:	Nedostatek informací v souvislosti se špatnou informovaností pacientky při příjmu.
Cíl:	Pacientka je dostatečně informována - 1 den.
Plán:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informuj pacientku o všem co je v tvé kompetenci - po celou dobu hospitalizace. ▶ Dej pacientce prostor na dotazy, a pokud je to možné podej ji vhodnou odpověď - vždy. ▶ Zajisti dostatek čas a soukromí na váš rozhovor - 30 minut. ▶ Mluv s pacientkou srozumitelně, nepoužívej odborné výrazy - vždy. ▶ Poskytni pacientce všechny dostupné informační letáky o její nemoci, operaci, pooperačních komplikacích, pokud si to přeje. ▶ Zajisti rozhovor s lékařem - 1 den. ▶ Vysvětli pacientce všechny výkony, které se s ní budou provádět vždy před daným výkonem. ▶ Podej pacientce informace, které se týkají její bezprostřední budoucnosti – seznam ji se způsoby zmírňování bolesti, upozorni ji na obvyklé omezení aktivit, na riziko infekce, riziko pádu, prevenci tromboembolické nemoci - 1. den.
Zhodnocení:	Pacientka nyní nepocituje nedostatek informací. Je ráda, že si na ni někdo našel chvíli čas. Pacientce byly zodpovězeny veškeré její dotazy. Dostala informační leták o artróze a o totální endoprotéze kyčle. Lékař pacientce slíbil rozhovor v odpoledních hodinách.

Tabulka 6 Krátkodobý ošetrovatelský plán: Porucha spánku

Datum: 14.10.	
Ošetrovatelská diagnóza:	Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí.
Cíl:	Pacientka nemá porušený spánek - 1 den.
Plán:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Promluv si s pacientkou, proč nemůže usnout - 1 hodina. ▶ Zeptej se pacientky, zda má nějaké rituály před spaním - 1 hodina. ▶ Umožni pacientce vykonávat rituály - 1 den. ▶ Snaž se pacientce zajistit, co největší klid na pokoji v nočních hodinách - po celou dobu hospitalizace. ▶ Zajisti dostatečně vyvětraný pokoj před spaním, pokud si to pacientka bude přát - po celou dobu hospitalizace. ▶ Promluv si s ostatními pacientkami pokud to bude nutné o dodržování nočního klidu a o tom, že je potřebné brát ohled na druhé pacienty - 1 den. ▶ Zajisti pacientce špunty do uší v případě nutnosti - 1 den. ▶ Zajisti pacientce dostatek rozptýlení přes den (čtení knih, letáků, pomoc s přípravou materiálu,...) - 1 den. ▶ Promluv s pacientkou o nevhodnosti spánku přes den - 1 hodina. ▶ Informuj se u pacientky, zda se spánek zlepšil - 1 den. ▶ Promluv si s lékařem o předepsání léků na spaní v případě nutnosti - 1 den.
Zhodnocení:	S pacientkou jsem si promluvila o jejích problémech se spánkem, které se objevily při pobytu v nemocnici. Promluvila jsem si i s ostatními pacientkami o dodržování klidového režimu v nočních hodinách. Lékař předepsal pacientce v případě nutnosti podání hypnotik.

Tabulka 7 Krátkodobý ošetrovatelský plán: Zhoršená pohyblivost

Datum: 14.10.	
Ošetrovatelská diagnóza:	Zhoršená pohyblivost v souvislosti s operovanou končetinou.
Cíl:	Pacientka se pohybuje efektivně - 1 den.
Plán:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Promluv si s pacientkou jak se má správně pohybovat - 1 hodina. ▶ Vysvětli pacientce, že je důležité, aby operovanou končetinu nezatěžovala a k jakým komplikacím by mohlo dojít - 1 hodina. ▶ Informuj pacientku o tom, aby na daný pohyb nespěchala a aby nezapomínala při své chůzi na oporu, kterou ji poskytují berle - 1 hodina. ▶ Zajisti kontakt k. s fyzioterapeutkou, aby pacientce vysvětlila, jak se má správně pohybovat, jak zatěžovat končetinu, které pohyby má dovolené a které ne - 1 den. ▶ Dohlídni na pacientku, aby operovanou končetinu nepřetěžovala a správně chodila - po celou dobu hospitalizace.
Zhodnocení:	Pacientka chápe, že musí dodržovat určitý rehabilitační režim. Pacientka ví, jak se má nyní správně pohybovat a co ji čeká v následujících dnech. Pacientka má dnes domluvené rehabilitace s fyzioterapeutkou.

Tabulka 8 Krátkodobý ošetrovatelský plán: Riziko tromboembolické nemoci

Datum: 14.10.	
Ošetrovatelská diagnóza:	Riziko tromboembolické nemoci v souvislosti se sníženou pohyblivostí.
Cíl:	Pacientka nemá příznaky tromboembolické nemoci - po celou dobu hospitalizace.
Plán:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Promluv si s pacientkou o riziku tromboembolické nemoci - 3 hodiny. ▶ Pouč pacientku o prevenci tromboembolické nemoci - 3 hodiny. ▶ Pouč pacientku o příznacích tromboembolické nemoci a nutnosti v případě potřeby dané změny hlásit. ▶ Vysvětli pacientce, proč je nutné, aby přijímala dostatek tekutin - 3 hodiny. ▶ Vysvětli pacientce, že je vhodné, aby cvičila a udržovala aktivní pohybový režim – zpočátku postačí, aby prováděla palmární a dorsální flexi nohy - 3 hodiny. ▶ Zajisti, aby pacientka měla bandáže dolních končetin v případě snížené pohyblivosti - 3 hodiny. ▶ Kontroluj vzhled končetin - po celou dobu hospitalizace. ▶ Dbej na správnou aplikaci nízkomolekulárních injekcí po celou dobu hospitalizace. ▶ Ujisti se, zda pacientka všechny potřebné informace pochopila - 3 hodiny.
Zhodnocení:	S pacientkou jsem si promluvila, pochopila všechny potřebné informace. Provádí pravidelně cviky dolních končetin. Bandáže dolní končetin zatím nejsou potřeba. Příznaky tromboembolické nemoci zatím žádné nejsou. Je jí podáván nízkomolekulární heparin dle ordinace lékaře.

Tabulka 9 Krátkodobý ošetrovatelský plán: Riziko pádu

Datum: 14.10.	
Ošetrovatelská diagnóza:	Riziko pádu v souvislosti s omezenou hybností.
Cíl:	Pacientka je v minimálním riziku pádu - po celou dobu hospitalizace.
Plán:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Promluv si s pacientkou o riziku pádu - 3 hodiny. ▶ Vysvětli jí, proč je zrovna ona ohrožena (omezená hybnost, používání holí) – 3 hodiny. ▶ Ukaž pacientce, kde je signalizační zařízení, aby si v případě potřeby mohla zavolat pomoc – 1 hodina. ▶ Promluv si s pacientkou, zda by chtěla v noci pro větší pocit bezpečí na postel zábrany proti pádu – 3 hodiny. ▶ Vysvětli pacientce, že je důležité, aby při prvním posazením, chůzi byla doprovázena sestrou – 1 hodina. ▶ Vysvětli pacientce, že je důležité, aby před chůzí chvíli seděla v rámci prevence ortostatického kolapsu – 1 hodina. ▶ Promluv si s pacientkou o tom, že v případě výskytů jakýchkoli komplikací okamžitě přivolala sestru - po celou dobu hospitalizace. ▶ Promluv si s pacientkou o tom, aby při nejistotě v pohybu pohyb prováděla pouze v doprovodu sestry – 1 hodina. ▶ Upozorni pacientku, aby při chůzi o holích byla opatrná, na pohyb nespěchala, vyhýbala se kluzkým povrchům, nesbírala předměty, které ji upadnou, aby chodila v pevné obuvi – po celou dobu hospitalizace i v domácím prostředí. ▶ Zajisti spolupráci pacientky s fyzioterapeutkou - 1 den.
Zhodnocení:	S pacientkou jsem si promluvila, chápe rizika pádu. Pacientka ví, kde je signalizační zařízení, kterým přivolá sestru. Pacientka zatím chodí za dohledu sestry.

2.13.2. Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Tabulka 10 Dlouhodobý ošetrovatelský plán: Riziko poškození

Datum: 14.10.	
Ošetrovatelská diagnóza:	Riziko poškození v souvislosti s nedodržením léčebného režimu.
Cíl:	Pacientce se hojí operační rána bez komplikací, není poškozena - 1 měsíc.
Plán:	<ul style="list-style-type: none">▶ Promluv si s pacientkou o důležitosti dodržování léčebného režimu - 1 hodina.▶ Vysvětli pacientce, které pohyby má zakázané – hluboký sed (více jak 90 stupňů), nesmí dávat nohu přes nohu, neprovádět zevní ani vnitřní rotaci v kyčli, nesmí plně zatěžovat operovanou končetinu - 1 hodina.▶ Doporuč pacientce, aby si při otáčení na bok dávala mezi kolena polštářek jako prevenci luxace -1 hodina.▶ Doporuč pacientce, aby si informace zaznamenala.▶ Mluv na pacientku pomalu a dej pacientce čas na dotazy. Ujistí se, že pacientka podávané informace chápe, vždy.▶ Kontaktuj fyzioterapeutku, aby s pacientkou promluvila o jejím pohybovém režimu - 1 den.▶ Vysvětli pacientce, jak má správně pečovat o jizvu (po zhojení a vytažení stehů provádět masáž jizvy) - 1 týden.▶ Doporuč pacientce, jaká aktivita je pro ni vhodná – procházky, jízda na kole, plavání - 1 týden.▶ Dej pacientce dostatek edukačních materiálů - 1 týden.
Zhodnocení:	Pacientka byla edukována o jejím nynějším pohybovém režimu, byly jí vysvětleny zakázané pohyby. Pacientka vše chápe. Dnes za ní přijde fyzioterapeutka a proberou spolu její současný zdravotní stav. V průběhu hospitalizace budou pacientce podávány další informace.

Tabulka 11 Dlouhodobý ošetrovatelský plán: Riziko zácpy

Datum: 14.10.	
Ošetrovatelská diagnóza:	Riziko zácpy v souvislosti s operačním výkonem.
Cíl:	Pacientka má pravidelnou stolicí - 3 dny.
Plán:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Promluv si s pacientkou o riziku zácpy po operaci - 3 hodiny. ▶ Zkontroluj poslechem, zda u pacientky funguje střevní peristaltika - 3 hodiny. ▶ Doporuč pacientce masáž břicha ve směru hodinových ručiček, zvýšenou fyzickou aktivitu, chůzi po chodbě – zrychlení střevní peristaltiky – 3 hodiny. ▶ Doporuč pacientce dostatek tekutin – 3 hodiny. ▶ Nauč pacientku defekačnímu reflexu – 3 hodiny. ▶ Doporuč pacientce vhodné potraviny jako prevenci zácpy – dostatek vlákniny, kompoty, šaratici – 3 hodiny. ▶ Podej glycerinový čípek eventuálně lactulózu - dle ordinace lékaře. ▶ Sleduj účinnost intervencí po dobu problémů s vyprazdňováním.
Zhodnocení:	S pacientkou jsem si promluvila o riziku zácpy. Střevní peristaltika pacientce funguje. Glycerinový čípek ani jiné léky pro urychlení vyprázdnění jsem zatím nepodala.

Tabulka 12 Dlouhodobý ošetrovatelský plán: Snížená soběstačnost

Datum: 14.10.	
Ošetrovatelská diagnóza:	Snížená soběstačnost v souvislosti s operačním výkonem.
Cíl:	Pacientka je v rámci soběstačnosti minimálně ovlivněna - po celou dobu hospitalizace.
Plán:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Promluv si s pacientkou, ve kterých oblastech se péče je pacientka omezena - 1 den. ▶ Neprováděj za pacientku aktivity, kterých je schopna sama - po celou dobu hospitalizace. ▶ Promluv si s ostatním zdravotnickým personálem o aktivitách, které pacientka zvládá sama a jak vhodně ji mají pomáhat - 1 den. ▶ Kontroluj pacientku, zda se nepřetěžuje, zda neprovádí patologické pohyby v rámci ochrany operované končetiny - po celou dobu hospitalizace. ▶ Buď nápomocná pacientce v začátcích nácviku chůze, při doprovodu na toaletu a vždy když to bude vyžadovat její zdravotní stav (únava, nejistota,...) - po celou dobu hospitalizace. ▶ Upozorni pacientku na to, aby nezvedala spadlé předměty a zavolala asi pomoc z důvodu rizika poškození operované končetiny - po celou dobu hospitalizace. ▶ Vysvětli pacientce, že je potřeba nejdříve oblékat operovanou končetinu, aby nedošlo k zbytečnému přetěžování končetiny - vždy.
Zhodnocení:	Pacientka se o sebe zvládne postarat sama, vyžaduje pouze doprovod při chůzi.

Tabulka 13 Dlouhodobý ošetrovatelský plán: Poškozená kožní a tkáňová integrita

Datum: 14.10.	
Ošetrovatelská diagnóza:	Poškozená kožní a tkáňová integrita v souvislosti s operační ránou.
Cíl:	Pacientka má zhojenou operační ránu - 1 měsíc.
Plán:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informuj pacientku o místě operační rány - 30 minut. ▶ Kontroluj operační ránu - po celou dobu hospitalizace. ▶ Převazuj ránu dle potřeby a dodržuj vždy zásady asepse. ▶ Vysvětli pacientce, kterých příznaků si má všímat – bolestivost v okolí jizvy, zčervenání, otok, sekrece z jizvy – vždy. ▶ Upozorni pacientku na zvýšenou hygienu v oblasti operační rány – 1 den. ▶ Prováděj masáž v okolí jizvy – 1 krát denně. ▶ Vysvětli pacientce jak má o jizvu po odstranění stehů pečovat (sprchování jizvy, masáž ne podráždivými krémy, vepřovým sádlem) - 1 týden. ▶ Doporuč pacientce, aby nosila bavlněné prádlo, aby pokožka mohla volně dýchat 1 týden. ▶ Upozorni pacientku, aby při jakékoli komplikaci okamžitě upozornila zdravotnický personál, kontaktovala lékaře.
Zhodnocení:	Pacientka byla poučena v péči o jizvu. Rána je denně převazována, je klidná a nejsou přítomny známky infekce.

Tabulka 14 Dlouhodobý ošetrovatelský plán: Riziko komplikací spojených s diabetem mellitem

Datum: 14.10.	
Ošetrovatelská diagnóza:	Riziko komplikací spojených s diabetem mellitem (hyperglykémie, hypoglykémie, diabetická noha) v souvislosti se změnou režimu.
Cíl:	Pacientka nemá komplikace spojené s diabetem mellitem - po celou dobu hospitalizace.
Plán:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Promluv si s pacientkou o její nemoci - 1 den. ▶ Zjisti, zda má pacientka komplikace spojené s nemocí - 1 den. ▶ Zjisti, jaký léčebný režim spojený s nemocí dodržuje (dieta, které léky užívá, pravidelnost kontrol, ...) - 1 den. ▶ Promluv si s pacientkou o dodržování dietního režimu – nevhodných potravinách, pravidelné stravě, pohybu, dostatek tekutin, vhodných potravinách - 1 týden. ▶ Zajistit v případě potřeby kontakt s dietní sestrou. ▶ Zjisti stav pokožky pacientky, zvláště na nohou a jak o ně pečuje, v případě potřeby ji pouč o správné péči - 3 dny. ▶ Vysvětlí pacientce možné komplikace spojené s onemocněním - 3 dny. ▶ Upozorni pacientku na to, aby v případě výskytu komplikací ihned dala vědět sestře. ▶ Prováděj kontrolu glykémie dle ordinace lékaře. ▶ Všímej si celkového stavu pacientky, aktivně se ptej na zdravotní stav pacientky - po celou dobu hospitalizace.
Zhodnocení:	S pacientkou jsem si promluvila o její nemoci, zjistila jsem vše potřebné o jejím běžném denním režimu, stravování, užívání léků. Pacientka nemá žádné známky komplikací. Pacientka se cítí dobře, glykémie má normální hodnoty.

Tabulka 15 Dlouhodobý ošetrovatelský plán: Snížení plicní ventilace

Datum: 14.10.	
Ošetrovatelská diagnóza:	Snížená plicní ventilace v souvislosti s astma bronchiále.
Cíl:	Pacientka nemá potíže s dýcháním – po celou dobu hospitalizace.
Plán:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Promluv si s pacientkou a její nemoci - 1 den. ▶ Zjisti, zda má pacientka nějaké problémy související s astma bronchiále - 1 den. ▶ Zjisti příčiny problému, pokud se vyskytují - 1 den. ▶ Promluv si s pacientkou o její fyzické aktivitě, kterou je schopna zvládnout aniž by pociťovala dušnost - 1 den. ▶ Sděl ostatnímu zdravotnickému personálu jaké problémy pacientka má a jak s ní mají zacházet - 1 den. ▶ Dbej na to, aby pacientka pravidelně užívala léky po celou dobu hospitalizace. ▶ Promluv si s pacientkou o možnostech dechové rehabilitace – 3 dny. ▶ Zajisti kontakt s fyzioterapeutkou - 3 dny. ▶ Vysvětli pacientce, které prostředí je pro ni vhodné a které nevhodné - 3 dny. ▶ Kontroluj celkový zdravotní stav - po celou dobu hospitalizace.
Zhodnocení:	S pacientkou jsem si promluvila o její nemoci. Zjistila, které léky užívá v jakých intervalech a jaké jsou její fyzické možnosti. V plánu je spolupráce s fyzioterapeutkou a zvládnutí dechové rehabilitace.

Při stanovování ošetrovatelských diagnóz jsem vycházela z Kapesního průvodce zdravotní sestry, Ošetrovatelských diagnóz v NANDA doménách a Ošetrovatelských diagnóz (2, 3, 12).

Závěr

Ve své práci jsem zajímala o téma totální endoprotézy kyčelního kloubu. Toto téma jsem prostudovala v odborné literatuře a vybrala jsem podstatné části, které slouží jako stručný přehled dané problematiky pro sestry.

V klinické části jsou zpracovány základní informace týkající se onemocnění kyčelního kloubu, zvláště pak je kladen důraz na koxartrózu.

V ošetrovatelské části jsem se zaměřila na zmapování důležitých informací týkajících se ošetrovatelské péče o pacienta podstupujícího operaci kyčelního kloubu. Je zde systematicky popsána základní péče o pacienta a jsou vyzdvihnuty základní problémy, s kterými se pacient při tomto onemocnění potýká.

Svoji bakalářskou práci jsem doplnila o případovou studii. Studie je zpracována na základě zjištěných informací v anamnéze dle Marjory Gordonové. A následuje vypracovaný ošetrovatelský plán k jednomu konkrétnímu dni. V této části práce vidíme praktické využití ošetrovatelského procesu v rámci základní ošetrovatelské péče.

Studie probíhala na ortopedickém oddělení Krajské nemocnice Pardubice kde jsem navštívila pacientku M.P., která podstoupila totální endoprotézu levé kyčle. Patientka souhlasila s rozhovorem a možností nahlédnout do její dokumentace pro účely této práce. Patientka na mě působila velice mile a ochotně, dělalo jí radost, že mi může pomoci. Seznámila jsem ji s účelem práce a dohodly jsme se, že pokud by nechtěla na některé otázky odpovědět, upozorní mě.

Tato práce může sloužit jako názorná ukázka zavedení ošetrovatelského procesu do praxe a mohla by být využita pro studium dané problematiky a také by mohla být využita jako podkladový materiál pro vytvoření edukačních materiálů.

Souhrn

Bakalářská práce je zaměřena na pooperační stav u nemocné po totální endoprotéze levé kyčle. Pacientka v mé studii podstoupila plánovanou operaci pro dlouhodobé bolesti kyčle způsobené koxartrózou nereagující na konzervativní léčbu. Tutéž operaci již prodělala u pravé kyčle.

Pacientku jsem navštívila druhý pooperační den na standardním lůžkovém oddělení, cítila se přiměřeně stavu. Byla ráda, že operace proběhla bez komplikací a nyní se těší, až začne být zase soběstačná.

Práce je členěna na klinickou a ošetrovatelskou část. V klinické části jsme se podrobněji seznámili s fyziologií, pojmem totální endoprotéza a důvody k jejímu provedení. Pro zpracování případové studie jsem použila nejdůležitější informace zjištěné lékařem při příjmu.

V ošetrovatelské části najdeme teorii ošetrovatelského procesu a modelu Marjory Gordonové. Podle kterého jsem zpracovala anamnézu - informace získané od pacientky při rozhovoru. Anamnéza mi pomohla ke stanovení ošetrovatelských diagnóz, aktuálních a potenciálních. Na základě aktuálního stavu potřeb nemocné jsem stanovila krátkodobý a dlouhodobý plán péče.

Spolupráce s paní M.P. byla velice příjemná. Obdivuji její životní optimismus, který výrazně přispěje ke zdolání pooperačních těžkostí a náročné rehabilitace.

Tato práce může být využita ke studiu dané problematiky, jak odbornými pracovníky, tak laickou veřejností. Najdeme zde stručný přehled o poskytování ošetrovatelské péče před a zejména po operaci kyčelního kloubu, která je doplněna o konkrétní individuální plán péče.

Summary

Bachelor thesis is focused on the patient's post-operative condition after a total hip replacement of the left. My patient during my study underwent an elective surgery for a long-term hip pain caused by coxarthrosis which was unresponsive to conservative treatment. She has undergone the same surgery on the right hip.

I visited the patient during the second postoperative day, she lay in the standard inpatient department and felt reasonably to her condition. She was glad that the operation was managed without complications and was looking forward to be self-sufficient again.

The work is divided into a clinical and a nursing part. In the clinical section, we became familiar with the physiology in more detail, with a notion of total joint replacement and with reasons for this implementation. For the processing of the case study I used the most important information found by a physician during the reception of the patient.

In the nursing theory are described the Marjory Gordon's nursing model and nursing process. According that I worked up the anamnesis - the information are obtained from the patient during the interview. The anamnesis helped to me to establish nursing diagnoses, the current ones and the potential ones. Based on the patient's current state of needs I set short and long-term care plan.

The cooperation with Mrs M. P. was very pleasant. I admire her life optimism, which is significantly going to contribute to the negotiation of the post-operative difficulties and the difficult rehabilitation.

This work can be used for a study of this issue by professionals and the lay public as well. We can find here a brief overview of the providing of nursing care before and especially after a hip surgery, which is supplemented by a specific individual care plan.

Seznam použité literatury

celá kniha:

1. Bartoníček, J. Heřt J.: *Základy klinické anatomie pohybového aparátu*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-017-8.
2. Červinková, E. a kolektiv: *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-358-9.
3. Doegnes, M.E., Moorhouse, M.F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
4. Dungal P., a kolektiv: *Ortopedie*. Praha: Grada, 2005. ISBN 10-80-247-0550-8.
5. Javůrek J.: *Život s artrózou*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-313-8.
6. Juřeníková, P.: *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
7. Juřeníková, P., Hůsková, J.: *Ošetrovatelství učební text pro IV. ročník středních zdravotnických škol. 2. část*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 2001.
8. Juřeníková, P., Hůsková, J., Petrová, V.: *Ošetrovatelství učební text pro střední zdravotnické školy. 1. část*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 1999.
9. Karpas K.: *Operace endoprotézy kyčelního kloubu Informace pro pacienty*. Hradec Králové: Nucleus, 2004. ISBN 80-86225-62-3.
10. Klener, P. et al.: *Vnitřní lékařství, svazek IV – Gastroenterologie, hematologie*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-139-4.
11. Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
12. Marečková, J.: *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
13. Matouš, M. a kolektiv: *Život s endoprotézou kyčelního kloubu*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0886-8.
14. Sosna A., Pokorný D., Jahoda D.: *Náhrada kyčelního kloubu. Rehabilitace a režimová opatření*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-302-4.

15. Pavlíková, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
16. Richards, A., Edwards, S.: *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0932-5.
17. Rozsypalová M., Haladová, E., Šafránková, A.: *Ošetrovatelství II*. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-97-1.
18. Rozsypalová M., Staňková M.: *Ošetrovatelství 1/1*. Praha: Informatorium, 1999. ISBN 80-86073-39-4.
19. Rozsypalová M., Staňková M.: *Ošetrovatelství 1/2*. Praha: Informatorium, 1999. ISBN 80-86073-40-8.
20. Staňková, M.: *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: IDVZP, 2002. ISBN 80-7013-282-5.
21. Staňková, M. et.al.: *Základy ošetrování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6.
22. Trachtová, E. et.al.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 1996. ISBN 80-7013-285- X.
23. Venglářová M., Mahrová G.: *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Indikační skupiny užívaných léků.....	17
Tabulka 2 Celkový přehled diagnóz	34
Tabulka 3 Krátkodobý ošetrovatelský plán: Akutní bolest.....	35
Tabulka 4 Krátkodobý ošetrovatelský plán: Riziko infekce	36
Tabulka 5 Krátkodobý ošetrovatelský plán: Nedostatek informací.....	37
Tabulka 6 Krátkodobý ošetrovatelský plán: Porucha spánku	38
Tabulka 7 Krátkodobý ošetrovatelský plán: Zhoršená pohyblivost.....	39
Tabulka 8 Krátkodobý ošetrovatelský plán: Riziko tromboembolické nemoci.....	40
Tabulka 9 Krátkodobý ošetrovatelský plán: Riziko pádu	41
Tabulka 10 Dlouhodobý ošetrovatelský plán: Riziko poškození.....	42
Tabulka 11 Dlouhodobý ošetrovatelský plán: Riziko zácpy.....	43
Tabulka 12 Dlouhodobý ošetrovatelský plán: Snížená soběstačnost.....	44
Tabulka 13 Dlouhodobý ošetrovatelský plán: Poškozená kožní a tkáňová integrita	45
Tabulka 14 Dlouhodobý ošetrovatelský plán: Riziko komplikací spojených s diabetem mellitem	46
Tabulka 15 Dlouhodobý ošetrovatelský plán: Snížení plicní ventilace	47

Seznam příloh

PŘÍLOHA Č. 1: Barthelův test základních všedních činností ADL	55
PŘÍLOHA Č. 2: Rozšířená stupnice Nortonové.....	56
PŘÍLOHA Č. 3: Ošetřovatelská anamnéza dle M. Gordonové	57

Příloha č. 1: Barthelův test základních všedních činností ADL

ČINNOST	PROVEDENÍ ČINNOSTI	BODOVÉ SKÓRE
najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
přesun lůžko - postel	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení: 0 – 40 bodů

vysoce závislý

45 – 60 bodů

závislost středního stupně

65 – 98 bodů

lehká závislost

100 bodů

nezávislý

Zdroj: Staňková, M. et.al.: *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6.

Příloha č. 2: Rozšířená stupnice Nortonové

Nebezpečí vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně (21).

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené on.	Fyzický stav
Úplná 4	<10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4
Částečné omezení 3	<30 3	Alergie 3	TT, DM, anemie, Kachexie, 3	Zhoršený 3
Velmi omezená 2	<60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2
Žádná 1	>60 1	Suchá 1	Carcinom, šok 1	Velmi špatný 1

Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Apatický 3	S doprovodem 3	Částečně Omezená 3	Občas 3
Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč + stolice 1

Zdroj: Staňková, M. et.al.: *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6.

Příloha č. 3: Ošetřovatelská anamnéza dle M. Gordonové

Všeobecné informace

Iniciály: Pohlaví: Rok narození:
Diagnóza:
Datum přijetí: Operace: Opakované přijetí:
 Den pobytu: Poperační den:
Léčba: Léky:
Současný stav:
Povolání: Zdroj informací:

1. Podpora zdraví

Dieta: Alergie:
Jiná onemocnění: Úrazy:
Jak pečuje o své zdraví:
Doporučení lékařů, vitamíny:
Co mělo vliv na vznik choroby:
Celkový vzhled (vlasy, nehty,...), hygienická péče:
Zná důvod přijetí, informace, edukace:
Fyziologické funkce:

2. Výživa, metabolismus

Strava (pravidelná, nepravidelná):
Chuť k jídlu, žízeň: Alergie na potraviny:
Oblíbené/neoblíbené jídlo tekutiny:
Množství tekutin:
Potíže s přijímáním potravy: Potíže s hmotností:
Otoky, kožní turgor, kožní defekty, operační rána:
Váha: Výška: BMI: Umělý chrup:

3. Vylučování + pulmonální systém

Stolice (pravidelná, nepravidelná), charakter, frekvence:

Močení - množství, frekvence, příměsi, problémy:

Inkontinence:

Příjem a výdej tekutin:

Pocení:

Permanентní katétr:

Plicní choroby:

4. Aktivita, cvičení, spánek + kardiovaskulární systém

Činnost ve volném čase (aktivní, pasivní):

Sebepéče – příjem potravy, hyg.návyky, oblékání, pohyblivost (Barthelův test):

Potřeba pomůcek:

Spánek, počet hodin:

Poruchy spánku:

Hypnotika, návyky, stav po probuzení:

Kardiovaskulární choroby:

5. Vnímání, poznávání, komunikace

Poruchy sluchu, zraku, paměti, pozornosti, orientace, řeči:

Potřeba kompenzačních pomůcek (brýle, naslouchátko, berle):

Komunikace:

6. Sebepojetí, vnímání sebe sama

Na koho spoléhá, věří v sám/a sebe:

Vyhledává kolektiv, samotu:

Co si o sobě myslí, jak vystupuje:

Emocionální stav:

Pocity vzteku, strachu:

Oční kontakt, omezení v době nemoci, adaptace:

7. Mezilidské vztahy, plnění rolí

Kde bydlí, s kým:

Děti, vnoučata:

Přátelé:

Cítí se osamělý/á, návštěvy:

Rodinné problémy:

8. Sexualita, reprodukční schopnost

Těhotenství, porody, potraty:

Antikoncepce:

Klimakterium:

Problémy, operace:

Problémy s prostatou:

9. Stres, zátěžové situace, zvládání

Prožívá napětí:

Stres – příčina, zvládání:

Jak se s tím vyrovnává:

Relaxace, způsob odreagování:

Kdo, co mu/jí pomáhá (alkohol, drogy, kouření):

Cítíte se závislá, nezávislá:

10. Víra, přesvědčení, životní hodnoty, principy

Věřící, víra:

Co je pro něj/ni důležité:

Plány do budoucna, obavy z budoucnosti:

11. Bezpečnost, ochrana

Kanyly (i.v, p.m., centrální, tracheotomie):

TT:

Otužování (chlad, teplo):

Riziko poškození, pády, dušení, aspirace, Riziko dekubitů (Nortonová):

12. Komfort a bolest

Tělesný komfort:

Komfort související s prostředím:

Sociální komfort (sociální izolace):

Bolest (lokalizace, vyzařování, charakter, intenzita, tlumení):

13. Růst a vývoj

VVV, opožděný vývoj:

Koordinace pohybu:

Pohybový režim, kompenzační pomůcky:

Poznámky:

Zdroj: (vlastní)