

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES
U SENIORA PO FRAKTUŘE KRČKU KOSTI STEHENNÍ
NA ODDĚLENÍ LÉČEBNY DLOUHODOBĚ
NEMOCNÝCH**

Bakalářská práce

RENATA HLAVATOVIČOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., RN

Stupeň klasifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Praha: 2011



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

HLAVATOVIČOVÁ Renata
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 6. 1. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u seniora po fraktuře krčku kosti stehenní na
oddělení léčby dlouhodobě nemocných

*Nursing Care of the Senior Person after the Femoral Neck Fracture in
Hospice*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 6. 1. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a použité prameny jsem uvedla podle autorského záznamu použité literatury a zdrojů informací.

Praha 31. 3. 2011

.....

podpis

ABSTRAKT

HLAVATOVIČOVÁ, Renata: *Ošetrovatelský proces u seniora po fraktuře krčku kosti stehenní na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., RN. Praha. 2011. s. 49.

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou problematiku u seniora po zlomenině krčku kosti stehenní. Upozorňuje na důležitost následné péče v ošetrovatelském procesu, rehabilitaci a prevenci pádu. Je zde kladen důraz na edukaci a psychickou podporu pacienta s cílem úspěšného návratu do běžného života.

Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části je obsažena jak patofyziologie kostí, diagnostika, možnosti léčby i celková charakteristika onemocnění. Dále jsou zmíněny druhy zlomenin krčku kosti stehenní s následnou rehabilitací, která nesmí být zanedbána na oddělení LDN.

Praktická část je založena na kazuistice, do které jsou zahrnuty údaje o pacientovi, ošetrovatelské anamnézy, stanovení diagnóz podle priorit a celkový přístup k nemocnému. Nosnou částí práce je ošetrovatelská mapa, která je vytvořena na základě ošetrovatelského procesu, který byl zrealizován a zhodnocen všeobecnou sestrou.

Klíčová slova:

Ošetrovatelský proces. Pády. Senior. Zlomenina krčku kosti stehenní.

ABSTRACT

HLAVATOVIČOVÁ, Renata: Nursing Care of the Senior Person after the Femoral Neck Fracture in Hospice.

Nursing College, o.p.s. in Prague.

Degree: Bachelor

Tutor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., RN

Prague 2011. p. 49.

The Bachelor thesis is aimed at nursing issues with the elderly after fractured neck of femur. The thesis is focused on the importance of rehabilitation, following treatment and prevention from risk of falls. This is the most frequent diagnosis which I encounter at workplace.

The thesis is divided into two parts – the theoretical and practical. The theoretical part deals with pathophysiology of bones, characteristics of disease, diagnosis and treatment options. The thesis mentions the kinds of fractured neck of femur and deals with following rehabilitation which must not be neglected in the hospice.

The practical part is based on casuistry including patient's data e.g. nursing history and nursing diagnosis and planning according to priorities. I created nursing plan following implementation and evaluation.

Keywords: Nursing Process. Falls. Elderly. Fractured Neck of Femur.

PŘEDMLUVA

Prioritou naší moderní společnosti je prodlužování dlouhověkosti a zkvalitnění životních podmínek ve stáří.

Tato práce vznikla na základě problematiky ošetrovatelské péče u geriatrického pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní se zaměřením na kvalitní návrat do běžného života.

Výběr tématu práce byl ovlivněn mým působením na geriatrickém oddělení, kde se často setkávám s touto diagnózou. Podklady pro práci jsem čerpala v odborné literatuře a z odborných článků.

Práce je určena studentům, všeobecné sestře a všem, kteří se setkávají s touto problematikou.

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD., RN za pedagogické upřesnění a cenné rady, které mi poskytla při vypracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat pacientce a její rodině za spolupráci.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 Patofyziologie kostí	11
1.1 Osteoporóza.....	11
2 Zlomeniny kostí	13
3 Zlomeniny proximálního femuru.....	15
3.1 Možnosti operační léčby femuru.....	18
4 Pády jako příčina poranění	20
5 Následná rehabilitace	22
PRAKTICKÁ ČÁST.....	23
6 Kazuistika	23
6.1 Identifikační údaje.....	24
6.2 Anamnéza.....	25
6.3 Posouzení současného stavu	28
6.4 Medicínský management	35
6.5 Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit.....	37
6.5.1 Diagnostický plán, realizace a hodnocení.....	38
6.6 Celkové zhodnocení	45
7 Doporučení pro praxi	46
ZÁVĚR	47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	48
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ATB	- antibiotika
BMI	- body mass index (index tělesné hmotnosti)
CCEP	- cervikokapitální endoprotéza
CT	- počítačová tomografie
DHS	- dynamický kompresivní šroub
DK	- dolní končetiny
FH	- francouzská hůl
HN	- hypertenzní nemoc
KO	- krevní obraz
LDK	- levá dolní končetina
LDN	- léčebna dlouhodobě nemocných
per os	- ústy
PFN	- proximální femorální hřeben
s.c	- subkutánně
supp	- suppositoria (čípky)
TEP	- totální endoprotéza
RHB	- rehabilitace
RTG	- rentgenologické vyšetření
VAS	- vizuální analogová škála k posouzení míry bolesti

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

abdukce	- odtažení
acetabulum	- jamka kyčelního kloubu
addukce	- přitažení
dekubit	- proleženina
edém	- otok
femur	- stehno, kost stehenní
flexe	- ohnutí, ohýbání
fraktura	- zlomenina
hematom	- krevní sraženina
luxace	- vykloubení kloubu
osteoblasty	- aktivní kostní buňka tvořící základní kostní hmotu
osteocyty	- druh kostní buňky
osteoklasty	- kostní buňka
osteopatie	- obecný název pro onemocnění kostí
osteoporóza	- řídnutí kostí

ÚVOD

Zlomenina krčku kosti stehenní je jedna z nejrozšířenějších diagnóz u seniorů. Člověk trpící touto diagnózou je náhle omezen ve svém způsobu života. V moderní medicíně se zpravidla řeší operativním zákrokem a následnou kvalitní rehabilitací a celkovou ošetrovatelskou péčí. Na této péči závisí brzký návrat do společenského a rodinného života. Vzhledem k této skutečnosti je cíl této práce zaměřen na způsob ošetrovatelské péče s prioritou na psychickou pohodu nemocného. Všeobecně je známo, že vyrovnaná psychika napomáhá k rychlejšímu uzdravení a celkově se odráží na stavu pacienta.

Tato práce by měla vést ke zkvalitnění ošetrovatelské péče s důrazem na psychickou podporu pacienta.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Patofyziologie kostí

Kostní tkáň je metabolicky aktivní tkáň, která se zapojuje do celkové látkové přeměny organismu. Je ovlivněna celkovým zdravotním stavem a chorobami. Vždy je tvrdá i pružná. Tvrdost zajišťují minerální látky, pružnost ovlivňuje uspořádání vláken mezibuněčné hmoty. Aktivní buňky, které tvoří kostní hmotu, se nazývají osteoblasty, neaktivní osteocyty. Osteoklasty neboli tkáňové makrofágy se podílejí na odbourávání kosti. Procesy odbourávání a nové výstavby probíhají v kosti stále. Vliv na ně má pravidelné i přiměřené zatěžování.

„Výstavba a odbourávání kostí jsou v podstatě nepřetržité procesy, na nichž se podílejí jak osteoblasty, tak osteoklasty“ (VOKURKA et al., 2005 s. 198). Ovlivněny jsou metabolismem vápníku i regulačními mechanismy (vitamínem D, parathormonem) a také pohlavními hormony. Přiměřená zátěž je pro správnou funkci a stavbu kostí nezbytná.

Kosti mohou být postiženy úbytkem organické nebo anorganické hmoty, porušenou strukturou hmoty organické a patologickou přestavbou. Následně mohou být křehčí a mohou mít sklon k deformitám a mohou narušovat ostatní anatomické struktury. „Obecně se onemocnění kostí označují osteopatie.“(VOKURKA et al., 2005 s. 198). K hlavním onemocněním kostí patří osteoporóza, osteomalacie (VOKURKA et al., 2005).

1.1 Osteoporóza

„Osteoporóza je řídnutí kostí – to znamená, že ubývá kostní hmoty a dále ubývají kostní trámce, čímž se mění architektonika kosti, která je pak křehčí a má větší tendenci ke zlomeninám“(KOUDELA et al., 2004 s. 78).

Určitý stupeň osteoporózy je fyziologickým projevem stáří. Proto ke zlomeninám krčku kosti stehenní dochází ve většině případů u starších lidí. Vede k ní např. imobilizace pacienta, buď úplná, nebo částečná. Známé příčiny mohou být také malabsorpce, nedostatečný přísun kalcia a vitamínu D, to vede ke zvýšené sekreci parathormonu i ke zvýšenému odbourávání kosti. Početná skupina osteoporóz je na hormonálním podkladě. Estrogeny působí proti zvýšenému odbourávání kostí. Je proto častá u žen v menopauze. Dále se může na osteoporóze podílet i nedostatek pohybu, poruchy výživy a jiná onemocnění, např. cukrovka.

Rizikové faktory pro vznik osteoporózy jsou neovlivnitelné a ovlivnitelné. Neovlivnitelné – např. rasa a dědičnost. Ovlivnitelné – především zdravý způsob života do 30 let, tedy do doby, kdy dochází k vytvoření vrcholu kostní hmoty. Tento vrchol kostní hmoty je téměř ze 75 % určen geneticky, avšak může být modifikován nedostatkem pohybu, menším příjmem kalcia, kouřením a alkoholem.

Nemoc se rozvíjí plíživě, zvyšuje se riziko zlomenin, změny na obratlích vedou k bolestem zad. Může se projevit lomivost kostí, vytvoření hrbu.

V prevenci osteoporózy je obecně důležitá správná výživa s dostatkem vápníku, vitamínu K a rovněž přiměřený pohyb (BÁRTOVÁ, 2007; KALVACH at al., 2004; KOUDELA et al., 2004).

2 Zlomeniny kostí

Zlomenina je porušení kontinuity kostní tkáně způsobené onemocněním nebo úrazem. Rozlišujeme dvě základní skupiny zlomenin. Spontánní, jejichž příčinou jsou strukturální změny kostní tkáně, a úrazové, které vznikají působením mechanického násilí.

Spontánní zlomeniny

Tyto zlomeniny se vyskytují bez prokazatelného působení násilí, často plíživě a bez větších projevů bolestí.

Úrazové zlomeniny

Kostní tkáň se vyznačuje značnou odolností proti působení vnějších sil. Kost namáhaná ve fyziologických hranicích se po odeznění náporu vrátí do původního stavu. Hlavní příčinou vzniku úrazových zlomenin je působení zevního násilí (tlak, tah, posun). Působí-li přímo násilí na kost v místě pozdějšího zlomu, vyskytuje se zároveň i poškození kožního krytu a hlouběji uložených tkání.

U otevřených zlomenin s porušením kožního krytu rozeznáváme tři stupně poškození měkkých tkání:

- první stupeň – bodové poškození kůže s kostním úlomkem,
- druhý stupeň – poškození podkoží i kůže zevním násilím,
- třetí stupeň – rozsáhlé poškození kůže i svalstva.

Příznaky zlomenin

Příznaky zlomenin rozdělujeme na:

- **jisté příznaky**
 - deformita – vzniká přímým působením násilí a tahem svalů za jednotlivé úlomky,
 - patologická pohyblivost – u dlouhých kostí,
 - krepitace – vyvolána vzájemným posouváním lomných ploch proti sobě.

- **nejisté příznaky**
 - hematom,
 - bolest,
 - poškození funkce – pouze u některých zlomenin,
 - edém (ZEMAN et al., 2000 s. 367).

Diagnostika zlomenin

K nejdůležitějším metodám diagnostiky zlomeniny patří anamnéza a RTG (rentgenologické vyšetření). Zpravidla se získají RTG snímky ve dvou standardních projekcích (předozaďní a boční). U komplikovaných zlomenin se může provést CT vyšetření (počítačová tomografie) (MAŇÁK et al., 2005).

Léčba zlomenin

K dosažení uspokojivého léčení zlomenin je nezbytné docílit tří základních požadavků: repozice, fixace, rehabilitace.

Léčbu zlomenin dělíme na konzervativní a operační. Oba tyto způsoby se mohou prolínat nebo kombinovat (ZEMAN et al., 2001).

3 Zlomeniny proximálního femuru

Zlomeniny proximálního femuru lze podle anatomické lokalizace klasifikovat na zlomeniny hlavice, zlomeniny krčku kosti stehenní a zlomeniny trochanterické oblasti.

Zlomeniny hlavice

Jsou velice vzácné, vznikají nepřímým traumatem při luxacích hlavice stehenní kosti. Část hlavice se odlamuje a okraj acetabula zůstává v kloubní jamce. Diagnostika je u fraktury velmi obtížná, protože se na běžném RTG snímku zlomenina může přehlédnout. Podrobnější informaci o fraktuře poskytne CT vyšetření (VIŠŇA; HOCH et al., 2004).

Zlomeniny krčku femuru

Patří k nejčastějším zlomeninám starších osob. Tvoří přibližně polovinu všech zlomenin proximálního femuru. Nejpočetnější skupinou pacientů tvoří ženy kolem 80 let.

U starších lidí postačí ke vzniku někdy jen nepatrné násilí, zakopnutí s následným pádem anebo prudký pohyb končetiny s přenesením váhy těla na jednu končetinu. Je velmi pravděpodobné, že k fraktuře dojde často již v tomto okamžiku, i následný pád je jen důsledkem zlomeniny a ne příčinou.

Klasifikace

Je několik způsobů, jak rozdělit zlomeniny krčku kosti stehenní:

- podle vztahu ke kloubnímu pouzdru se rozlišují fraktury:
 - intrakapsulární – subkapitální (linie lomu probíhá těsně pod hlavicí femuru),
 - mediální – mediocervikální (prochází středem krčku),
 - laterální – bazicervikální (leží při bázi krčku),

- dělení podle směru lomu:
 - abdukční zlomeniny (10 %) mají mechanicky příznivé podmínky pro hojení, jelikož krček je ve valgózním postavení a neuplatňují se ohybové a střižné mechanismy,
 - addukční zlomeniny (90 %) jsou mechanicky nepříznivé,
- dělení podle Pauwelse dle mechanické zátěže do tří typů:
 - I. typ – lomná linie svírá s horizontálou úhel menší než 30°. Jsou to zlomeniny valgózní abdukční s dobrou tendencí pro hojení,
 - II. typ – úhel lomu 30–70° – addukční zlomeniny s nejistou prognózou,
 - III. typ – úhel lomu větší než 70° – nejméně příznivý pro hojení. Počítat s vysokým rizikem pseudoartróz a nekróz hlavice.

Pauwelsova klasifikace zlomenin krčku se vžila, protože je jednoduchá a výstižná. Vitalitu hlavice je možno odhadnout dle klasifikace Gardenovy, která sleduje též úhlový posun v axiální projekci.

- Gardenova klasifikace:
 - I. stupeň – neúplná subkapitální zlomenina (zaklíněná abdukční zlomenina),
 - II. stupeň – nedislokovaná kompletní zlomenina,
 - III. stupeň – částečně dislokovaná kompletní zlomenina,
 - IV. stupeň – kompletní zlomenina s úplnou dislokací, úplné přerušení výživy,
- AO klasifikace
 - B1 – subkapitální zlomenina s lehkou dislokací,
 - B2 – transcervikální zlomenina,
 - B3 – subkapitální zlomenina s velkou dislokací (POKORNÝ et al., 2002 s. 188).

Klinický obraz

Pacient leží, není schopen se sám postavit (výjimku tvoří pacienti, kteří mají zaklíněnou zlomeninu a jsou schopni aktivní chůze). Končetina zaujímá typickou polohu – je zkrácena oproti zdravé končetině. Při palci dominuje bolestivost v oblasti velkého trochanteru a na přední ploše kyčle. Pokus o pohyb je bolestivý. Můžeme vidět edém, hematom nebo deformity stehna.

Diagnostika

Zlomeniny krčku potvrdí RTG vyšetření – snímek pánve a oblast kyčelního kloubu. U zaklíněných a nedislokovaných zlomenin může být RTG snímek negativní a linie lomu se objeví až po odvápnění v odstupu několika dní (ŽVÁK et al., 2006).

Léčba konzervativní a operační

Konzervativní léčba se uplatňuje pouze u nedislokovaných zaklíněných zlomenin. Nevýhodou této metody je dlouhodobá terapie s odlehčením poraněné končetiny. Proto je vhodnější použít operační řešení vzhledem k rychlejší rehabilitaci. Optimální časová hranice je asi 6 – 12 hodin po úraze. Oba tyto způsoby se mohou prolínat a kombinovat (ŽVÁK et al., 2006).

- **Zlomeniny petrochanterické**

Petrochanterických zlomenin je převaha (asi 80 % oproti subtrochanterickým zlomeninám). Klinický obraz je stejný jako u zlomenin krčku: zkrácení i zevní rotace končetiny. Tyto zlomeniny jsou však spojeny s větším krvácením a poraněním. Hojí se však lépe. Důležité je určit, zda se jedná o stabilní nebo nestabilní zlomeniny. O stabilitě rozhoduje hlavně oblast malého trochanteru (tzv. Adamsův oblouk).

Petrochanterické zlomeniny jsou indikovány k operaci. K osteosyntéze se používají u stabilních zlomenin úhlové dlahy či DHS (dynamic hip screw), u nestabilních se používají nitrodřeňové implantáty (PFN – produmal femoral atd.) (VIŠŇA; HOCH et al., 2004; KOUDELA et al., 2002).

- **Zlomeniny subtrochanterické**

Subtrochanterická oblast tvoří přechod mezi proximálním koncem femuru a diafýzou. Zlomeniny vznikají velkým násilím u pacientů. Tyto zlomeniny přecházejí buď do oblasti petrochanterické, nebo distálně do diafýzy. Řešení je zásadně operační. U jednoduchých zlomenin lze použít dlahové techniky (VIŠŇA; HOCH et al., 2004).

3.1 Možnosti operační léčby femuru

Cervikokapitální endoprotéza (CCEP)

Je náhrada krčku a hlavice femuru při zachování jamky acetabula. Provádí se u starších pacientů se zlomeninou krčku kosti stehenní i pertrochanterických zlomenin.

Endoprotéza se skládá z femorální komponenty a hlavice. Femorální komponenta se fixuje do femuru pomocí kostního methylnmetakrylátového cementu, hlavice se nasadí do acetabula.

Tato léčba umožňuje bezprostřední pooperační zátěž. Nevýhodou je však možnost poškození acetabula při dlouhodobější zátěži. Proto se aplikuje u starších pacientů se s níženou fyzickou aktivitou (DUNGL et al., 2005; VIŠŇA; HOCH et al., 2004).

Bipolární cervikokapitální endoprotéza

Je to něco mezi endoprotézou cervikokapitální a totální. Hlavice se skládá z kovového pláště, ve kterém je nalisovaná polyethylenová vložka a v ní zakloubená další menší hlavice. Tato část se skládá ze dvou hlavic zakloubených v sobě, které se nasadí na femorální komponentu. Pohyb v kyčli se děje mezi vlastní hlavicí a acetabulem a nebo mezi menší hlavicí a polyethylenovou vložkou. Výhodou je menší otěr acetabula (VIŠŇA; HOCH et al., 2004).

Totální endoprotéza (TEP)

Totální endoprotéza představuje současnou náhradu krčku, hlavice a kloubní jamky a acetabula. Kloub je nahrazen úplně celý. U starších pacientů se jednotlivé části endoprotézy fixují kostním cementem. TEP dělíme na cementovanou, necementovanou a hybridní.

Cementovaná náhrada se převážně aplikuje starším pacientům, jelikož se předpokládá, že mají menší fyzickou zátěž.

Necementovaná náhrada se implantuje většinou mladším pacientům s aktivním fyzickou zátěží, protože tyto náhrady mají delší životnost.

Hybridní náhrada je, když jedna komponenta je připevněna bez cementu (jamka) a jedna komponenta (dřík) cementem. Tento typ nachází uplatnění stále častěji (DUNGL et al., 2005; KOUDELA et. al., 2004).

Dynamický kompresivní šroub (DHS)

Dochází k zavedení silného šroubu přes krček femuru do hlavice. Na jeho bázi je navlečeno pouzdro dlahy, jež umožňuje skluz šroubu a také kompresi kostních úlomků proti sobě. Dlaha je fixovaná dalšími šrouby k diafýze femuru. Jsou možné rotační a torzní pohyby v místě zlomeniny.

Indikace – stabilní trochanterické fraktury.

Proximální femorální hřeben (PFN)

Implantát se skládá z hřebu, je tvarově přizpůsoben hornímu konci femuru a je k dispozici v různých délkách. Hřeb je zaveden z vrcholu velkého trochanteru do dřevnaté dutiny, skrz hřeb šroub do krčku femuru. Nad šroubem se paralelně zavádí další šroub či antirotační pin. Distální konec hřebu se zajistí stejně jako u zajištěného hřebování.

Výhoda PFN je vyšší stabilita implantátu, jež umožňuje časnou zátěž ještě dřív, než se zlomeniny hojí.

Indikace – nestabilní trochanterické zlomeniny (VIŠŇA; HOCH et al., 2004).

4 Pády jako příčina poranění

Pád u seniora ve 20–30 % znamená středně těžké anebo vážné zranění, které snižuje přechodně či trvale mobilitu a soběstačnost seniora a zvyšuje riziko předčasného úmrtí. Ošetřených poranění z pádů přibývá s věkem. „Ve věku 85 let a více konstatuje incidenci poranění po pádu 138,5/1000 mužů a 158,8/1000 žen daného věku“ (KALVACH et al., 2004, s. 395). Nejzávažnější úrazové důsledky pádů jsou: zlomeniny (krčku femuru), kontuze měkkých tkání (bolest s dočasnou ztrátou soběstačnosti), prochladnutí (při nemožnosti vstát ze země po pádu).

Riziko pádu je dáno stabilitou pacienta, kvantitou a kvalitou jeho vědomí a náročností prostředí na pohybové schopnosti. Typ pádu je zásadně důležitý. Frakturu femuru vyvolávají především pády do strany s úderem do velkého trochanteru. „Pakhari hodnotil okolnosti zlomenin krčku femuru u 206 nemocných“ (KALVACH et al., 2004, s. 395). V 98 % byl příčinou zlomeniny pád a v 76 % šlo o pád do strany.

Povaha povrchu je logický faktor. Rizikové jsou pády na tvrdý podklad, eventuálně na hranu.

Pevnost kosti je též závažný faktor zodpovědný za častější zlomeniny postklimakterických žen postižených osteoporózou.

Absorpce energie bývá často podceňována, ale je s ní spojena jedna z nejdůležitějších preventivních strategií. Malnutrice, kachexie a nízká hmotnost jsou opakovaně prokázány jako rizikový faktor jak pádů, tak zlomenin. Příčinou může být svalová slabost s následnou nestabilitou, poruchou chůze a zvýšeným rizikem pádu, avšak také vychudnutí tuku a svaloviny nad trochanterem.

Fenomenologie pádů

Pády zhroucením – u pádu zhroucením ztrácí náhle postižený ve stoji nebo při chůzi svalový tonus a klesá k zemi. Příčiny lze rozdělit na cerebrální (epilepsie) a extracerebrální (ortostatická hypotenze, kardiální synkopa).

Pády skácením – podkladem pádu je těžká porucha rovnováhy. Obvykle bez reflexních obranných pohybů, takže se osoba často při pádu zraní.

Pády zakopnutím – pád směřuje dopředu, většinou na předpažené ruce. Je následkem zakopnutí palcem či špičkou nohy o povrch podlahy anebo o překážku, kterou se nepodařilo při pohybu těla vpřed překročit. Příčinou může být slabost či spasticita nohy.

Pády zamrznutím – obdobně jako při zakopnutí směřuje pád dopředu. Podkladem je záraz dolní končetiny v průběhu chůze, kdy noha zůstává přilepena k podlaze, takže tělo pokračuje v pohybu dopředu, aniž by došlo k vykročení.

Nediferencované pády – podkladem může být prostá nepozornost, případně nepřízpůsobení chůze podmínkám terénu i chybění náhledu, často tomu bývá u osob např. s demencí (KALVACH et al., 2004).

5 Následná rehabilitace

„Rehabilitace je samostatný medicínský obor vzniklý po druhé světové válce, s vlastní sítí zdravotních zařízení, se systémem vzdělávání a se specializační nástavbou atestací“ (KOUDELA et al., 2004, s. 269). Rehabilitace slouží k navrácení ztracené funkce nemocného člověka v oblasti tělesné, sociální a duševní, umožní mu zapojit se do společenského života i pracovního procesu.

Cílem je vertikalizace pacienta, nácvik chůze o dvou francouzských holích, nácvik sebeobsluhy a obnovování základních pohybových stereotypů. S rehabilitací pod vedením fyzioterapeuta a asistencí všeobecné sestry se začíná okamžitě, jakmile to pacientův stav dovolí. Fyzioterapeut edukuje pacienta o tzv. zakázaných pohybech, které by mohly vést k luxaci CCEP. Do těchto pohybů patří např. křížení končetin o větší úhel v kyčli než 90°.

Pokud zvládne pacient sed, stoj u lůžka, pokračuje v nácviku chůze s pomocí chodítka a následně se učí chůzi o francouzských holích. Při chůzi je nutno dbát na odlehčování operované končetiny. Odlehčení dosáhneme tzv. třídobou chůzí, nejprve předsune obě hole před sebe, poté mezi holemi vykročí operovaná končetina (ne ovšem před hole), následuje krok zdravou dolní končetinou (přísun k operované DK). Hole musí mít správnou výšku, pacient dělá stejně dlouhé kroky a nevytáčí operovanou končetinu, špička směřuje dopředu. Pokud pacient zvládá dobře chůzi po rovině, je nutno začít s nácvikem chůze po schodech.

- Chůze do schodů – 1. zdravá končetina, 2. operovaná končetina, 3. hole.
- Chůze ze schodů – 1. hole, 2. operovaná končetina, 3. zdravá končetina.

Rychlost RHB je individuální, záleží na schopnostech pacienta a na tom jak se pohyboval v domácím prostředí před operačním zákrokem (KOLÁŘ et al., 2010; KLUSÁKOVÁ; PITNEROVÁ, 2000).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Kazuistika

V praktické části jsem využila metodu ošetrovatelského procesu, která se mi osvědčila v dosavadní praxi na oddělení dlouhodobě nemocných.

„Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytyčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 66).

Pacientku jsem si vybrala v léčebně dlouhodobě nemocných. Data jsem zpracovala s jejím souhlasem i svolením vrchní sestry daného zdravotnického zařízení.

Důvod přijetí pacientky

Dne 16. 8. 2010 byla přeložena pacientka na oddělení LDN k následné RHB z ortopedie, kde byla provedena implantace CCEP levého kyčelního kloubu pro zlomeninu krčku femuru 3. 8. 2010. Pooperační rána klidná, vytažené stehy, vertikalizovaná v chodítku.

Před hospitalizací byla pacientka ve svém domácím prostředí soběstačná, žije s manželem v panelovém domě v 2. patře (výtah). Občas vypomůže dcera v domácnosti.

Lékařské příjmové diagnózy

Osteoporóza.

Kolisavá hypertenzní nemoc.

6.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: L.T.	Pohlaví: žena
Datum narození:	Věk: 81
Adresa bydliště a telefon:	
Adresa příbuzných:	
RČ:	Číslo pojišťovny: 201
Vzdělání: středoškolské	Zaměstnání: SD
Stav: vdaná	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 16. 8. 2010	Typ přijetí: plánované
Oddělení: LDN	Ošetřující lékař:

Medicínská diagnóza hlavní: Zlomenina krčku kosti stehenní vlevo; zavřená.

Medicínské diagnózy vedlejší: Hypertenze – kolísavého typu bez terapie, osteoporóza.

Vitální funkce při přijetí

TK: 110/60 mm Hg	Výška: 165 cm
P: 70 za min.	Hmotnost: 54 kg
D: 18 za min.	BMI: 21
TT: 36,5 °C	Pohyblivost: částečně soběstačná
Stav vědomí: při vědomí	Krevní skupina: A-

Nynější onemocnění: Fraktura krčku kosti stehenní vlevo – zavřená.

Informační zdroje: Ošetřovatelská dokumentace, pacientka.

6.2 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka: 75 let † nádorové onm. dělohy.

Otec: 42 let † diphterie.

Sourozenci: Sestra 64 let – zdravá.

Děti: Dcera – zdravá.

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:

Hospitalizace a operace: v r. 1964 konizace čípku, v r. 1965 zlomenina levého předloktí v r. 1990 glaukom levého oka, 3. 8. 2010 zlomenina krčku kosti stehenní – zavřená.

Úrazy: v r. 1965 zlomenina levého předloktí, 3. 8. 2010 zlomenina krčku kosti stehenní – zavřená.

Očkování: Běžná dětská očkování.

Léková anamnéza – léky podávané po celou dobu hospitalizace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Ascorutin	tbl.		1-1-1	Flavonoidy
Helicid	cps.	20 mg.	1-0-0	Antiulcerózum
Aktiferrin	cps.		1-0-0	Antianemikum
Novalgín	tbl.	500 mg.	1-1-1-1	Analgetikum
Hypnogen	tbl.	10 mg.	0-0-0-1/2	Hypnotikum
Lactulose AL sirup	sir.		1-1-0	Laxativum
Suppositoria glycerini	supp.	35 g.	0-0-1	Laxativum
Clexane	sol.	0,4 ml.	0-0-1	Antikoagulancium

Alergie:

Léky: Neguje.

Potraviny: Neguje.

Chemické látky: Neguje.

ABÚZY: Alkohol pouze příležitostně.

Gynekologická anamnéza (u žen)
Menarché: asi od 14let Cyklus: pravidelný Trvání: asi 35let Intenzita, bolesti: intenzita přiměřená, bolesti neudávala UPT: ne Antikoncepce: ne Menopauza: kolem asi 50 roku Potíže klimakteria: žádné Samovyšetřování prsou: pravidelně Poslední gynekologická prohlídka : 13. 5. 2010 – FNM.

Sociální anamnéza:

Stav: Vdaná.

Bytové podmínky: Bydlí s manželem v 2. patře v panelovém domě (výtah).

Vztahy, role, a interakce v rodině: Dobré.

mimo rodinu: Dobré.

Záliby: Čtení, luštění křížovek, vaření.

Volnočasové aktivity: Dlouhé procházky v přírodě.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: Středoškolské.

Pracovní zařazení: Dříve jako dramaturg.

Nyní: SD

Ekonomické podmínky: Dobré.

Spirituální anamnéza:

Religiozní praktiky: Žádné.

6.3 Posouzení současného stavu (ze dne 17. – 19. 8. 2010)

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	Nemám žádné potíže.	Struma na pohled nezvětšena. Hlava normocefalická. Uši – nos – bez výtoku, slyší dobře. Sliznice vlhká – 2 zuby svoje jinak H i D protéza. Dutina ústní klidná.
Hrudník a dýchací systém	Nemám žádné problémy.	Normální dýchání 18 / min.
Srdcovo-cévní systém	Se srdcem jsem se nikdy neléčila. TK mívám kolísavý, ale žádné léky neužívám.	DK. varixy klidné, bez otoků. TK 110/60, P 70/min.
Břicho a GIT	S větry nemám problémy.	Nebolestivé. Peristaltika funkční.
Močovo-pohlavní systém	Problémy s močovým ústrojím nemám. Konizace čípku.	Pacientka je bez obtíží.

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Kostrovo-svalový systém	Bolí mě levá kyčel po operaci. Mám osteoporózu, ale neomezuje mě v běžném životě.	Operační rána zhojena po fraktuře krčku femuru LDK. Osteoporóza. Pacientka má přes den bandáže na obou končetinách.
Nervovo-smyslový systém	Nosím brýle na čtení, se sluchem a čichem nemám problémy.	Pacientka nosí brýle na čtení. Reflexy přítomné, sluch, čich bez patologií.
Endokrinní systém	Se štítnou žlázou jsem se nikdy neléčila.	Se štítnou žlázou problémy neměla, nezvětšena na pohled. Lymfatické uzliny nezvětšeny.
Imunologický systém	Nejsem na nic alergická a imunitu mám dobrou.	Pacientka alergie neguje.
Kůže a její adnexa	Mám suchou kůži, promazávám se 2x denně tělovým mlékem.	Bez ikteru, bez cyanózy turgor kůže v normě. Jizva zhojena na LDK. Kůže čistá, 2x denně se pacientka promazává tělovým mlékem.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	Chuť k jídlu doma dobrá, sním všechno, dodržuji pravidelnou stravu 5x denně. Žádné omezení ve stravování nemám.	
	V nemocnici	Strava mi chutná, vaří tu velice chutně.	D č. 3 BMI – 21 Přijímá per os. Jí celé porce.
Příjem tekutin	Doma	Běžně vypiji okolo 2000 ml. Nejradyji piji čistou vodu.	
	V nemocnici	Vypiji až 1500 ml vody.	Pacientka nemá problémy vypít až 1500 ml. Nejradyji pije čistou vodu.
Vylučování moče	Doma	S vyprazdňováním problém nemám, žádnou krev jsem v moči nezpозorovala.	
	V nemocnici	Na WC chodím bez problémů.	Bez obtíží, příměsi nejsou přítomny.
Vylučování stolice	Doma	Stolici mám pravidelnou, žádné příměsi jsem nepozorovala.	

	V nemocnici	Nebyla jsem na stolici čtyři dny. Ale bolesti břicha nepociťuji.	Pacientka byla naposledy na stolici před čtyřmi dny. Nutno řešit.
--	--------------------	--	---

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění	Doma	Doma usínám kolem 22:00 hod. Celkem spím asi 8 hodin. Problémy s usínáním nemám.	
	V nemocnici	Špatně usínám v cizím prostředí, usnu asi v 23 hod. Snažím se nebrat prášek na spaní, nechci si navyknout. Občas se zbudím na WC, ale pak opět usnu.	Pacientka usíná ve 23 hod. tbl. Hypnogenu vyžaduje pouze ojediněle. Snaží se usnout bez medikace.
Aktivita a odpočinek	Doma	Ráda luštím křížovky, chodíme s manželem na procházky, ráda vařím. Odpočívám pravidelně po obědě.	
	V nemocnici	Ráda luštím křížovky, přes den cvičím a zkouším nácvik chůze o 2 FH s fyzioterapeutem, navečer sleduji televizi.	Pacientka ráno luští křížovky, přes den nácvik chůze o 2 FH s fyzioterapeutem, navečer chůze s všeobecnou sestrou. Kolem 20 hod. se pacientka dívá na televizi.
Hygiena	Doma	Doma máme s manželem sprchu, byla jsem soběstačná v hygieně. Ráda se o sebe starám, pravidelně chodím na pedikúru, kosmetiku a ke kadeřnici.	

	V nemocnici	Mám částečně omezenou LDK, potřebuji pomoc všeobecné sestry, dojdou si do sprchy v chodítku. Umyji se sama, pouze potřebuji mít jistotu, že u mě stojí někdo, abych neuklouzla. Sprchuji se denně.	Pacientka se sprchuje 1x denně. Hygienu si obstará sama, pouze ji jistím, aby neuklouzla. Pečuje o pleť, je vždy upravená.
Samostatnost	Doma	Doma jsem byla plně soběstačná, vše si dělám sama, nebo mně pomáhá manžel.	
	V nemocnici	Snažím se být co nejvíce soběstačná, potřebuji pomoc při chůzi, abych neupadla.	Pacientka potřebuje doprovod při chůzi. Jinak je plně soběstačná.

Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		Vím o všem co se děje.	Při vědomí Neporušené.
Orientace		Jsem na LDN a dnes je 17. 8. 2010.	Orientovaná místem, časem, osobou.
Nálada		Na nic si nestěžuji.	V dobré náladě.
Paměť	Staropaměť	Pamatuji si bez větších problémů.	Dobrá, vše, co prožila dříve, si pamatuje, byla ráda, že si s někým může popovídat.
	Novopaměť	Občas už něco zapomenu, ale to je přirozené v tomto věku.	Občas zapomíná, odpovídá věku.
Myšlení		Myšlení si procvičuji luštěním křížovek.	Na velmi dobré úrovni.
Temperament		Myslím, že jsem sangvinik.	Hovorná, akční, umí se přizpůsobit režimu na

		oddělení.
Sebehodnocení	Jsem optimistka.	Pacientka působí optimistickým dojmem.
Vnímání zdraví	Pečuji o sebe, řídím se radami lékařů a všeobecných sester.	Pacientka je nápomocná při ošetrovatelském procesu.
Vnímání zdravotního stavu	Vím o svém zdravotním stavu a snažím se ho zvládat, fyzicky i psychicky.	Pacientka si je vědoma, jak závažnou operaci prodělala.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	Vnímám svůj zdravotní stav, jsem smířena s dlouhodobou rehabilitací.	O vše se zajímá, snaží se dostat maximum informací, snaží se mít situaci pod kontrolou.
Reakce na hospitalizaci	Dobrá.	Spolupracuje.
Adaptace na onemocnění	Dobrá.	Pacientka se dobře adaptovala na své onemocnění.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	Někdy mám obavy o manžela, jak to beze mne doma zvládá. O sebe se nebojím.	
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	Nemám žádné negativní zkušenosti.	

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	Ráda si povídám.	Dobře komunikuje, je výřečná, dobrá slovní zásoba. Ráda si povídá.
	Neverbální	Při hovoru používám gestikulace.	Živá gestikulace, udržuje oční kontakt, usmívá se.
Informovanost	O onemocnění	Cítím se dobře informována.	Aktivně se zajímá. Má dobré znalosti. Chce mít vše pod kontrolou.
	O diagnost. metodách	Vím, jaká vyšetření budu podstupovat.	Seznámena s diagnostickými metodami léčby.
	O léčbě a dietě	Bylo mi sděleno, že nemám omezený jídelníček žádnou speciální dietou.	
	O délce hospitalizace	Uvědomuji si, že léčba bude trvat delší dobu.	Pacientka byla dostatečně edukovaná.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	Jsem žena, manželka a pacientka.	Žena, manželka a pacientka.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	Matka, babička a sestra (bývalá pracovníce ČT – dramaturg).	Matka, babička a sestra.

	Terciální (související s volným časem a zálibami)	Kuchařka, turistka.	Kuchařka, turistka.
--	--	---------------------	---------------------

6.4 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření: krevní obraz, biochemické vyšetření (Na, K, Cl, Ca, urea, kreat),
16. 9. v 11 hod. kontrola v ortopedické ambulanci.

Výsledky: krevní obraz – v normě, biochemické vyšetření krve – v normě.

Konzervativní léčba:

Dieta: 3 (racionální) **Pohybový režim:** mobilní doprovod **RHB:** 2 denně nácvik chůze
o 2 francouzských holích

Výživa: per. os.

Medikamentózní léčba:

- **Per os:** Ascorutin, Novalgin 500 mg. Aktiferin, Helicid 20 mg., Hypnogen
- **Jiná:** s.c. Clexane 0,4 ml, Dolgit krém, lactulosa, glycerinové čípky

Chirurgická léčba:

Pacientka je po operaci glaukomu levého oka, zlomeniny levého předloktí, konizace
čípku, zlomeniny krčku kosti stehenní – zavřená.

Situační analýza:

Na oddělení dlouhodobě nemocných byla 16. 8. 2010 přeložena pacientka z oddělení ortopedie po operaci zlomeniny krčku levé kosti stehenní po CCEP k následné rehabilitaci a nácviku chůze. Pohybuje se s doprovodem v chodítku. Po konzultaci s fyzioterapeutem možnost chůze o dvou francouzských holích s doprovodem. Pacientka má vytažené stehy, jizva se léčí per primam. Každý den se operační rána dezinfikuje. Dle ordinace lékaře jsou podávány antikoagulancia jako prevence trombotické nemoci a jako doplnění jsou každý den pacientce přemotávány elastické bandáže obou dolních končetin. Dietu má č. 3. Přidružené onemocnění je osteoporóza a hypertenze – kolísavého typu, bez medikace. Pacientka dbá na svůj zevnějšek, projevuje se klidným vyrovnaným dojmem a velice dobře spolupracuje s ošetřovatelským personálem.

6.5 Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit

Aktuální diagnózy:

00132 Bolest akutní levého kyčelního kloubu v souvislosti operační rány projevující se vyhledáváním úlevové polohy, výrazem bolesti v obličeji a verbalizací bolesti.

00011 Zácpa v souvislosti se změnou prostředí, projevující se namáhavou defekací.

00198 Narušený spánek v souvislosti nemocničního prostředí projevující se špatným usínáním.

00085 Zhoršená tělesná pohyblivost v souvislosti operace levého kyčelního kloubu projevující se nejistou chůzí.

00046 Narušená integrita kůže v souvislosti chirurgického zákroku projevující se operační jizvou v oblasti levého kyčelního kloubu.

Potencionální diagnózy:

00155 Riziko pádů v souvislosti chůze v chodítku – francouzských holí.

00206 Riziko krvácení v souvislosti spojené s preventivním podáváním léků ovlivňující srážlivost krve.

6.5.1 Diagnostický plán, realizace a hodnocení

00132 Bolest akutní levého kyčelního kloubu v souvislosti operační rány projevující se vyhledáváním úlevové polohy, výrazem bolesti v obličeji a verbalizací bolesti.

Cíl: Zmírnění bolesti.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka zná příčiny bolesti do 2 hodin.

Pacientka umí hodnotit svojí bolest na VAS do 5 hodin.

Pacientka verbalizuje zmírnění bolesti do 1 dne.

Pacientka má kvalitní spánek do 3 dnů.

Intervence:

Sleduj charakter, intenzitu bolesti (vždy) – všeobecná sestra.

Pozorně naslouchej, pokud jde o bolest (vždy) – všeobecná sestra.

Pomož pacientce najít úlevovou polohu – všeobecná sestra.

Zajisti klid na pokoji – všeobecná sestra.

Použij tlumení bolesti i jiných prostředků (ledování) – všeobecná sestra.

Podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek – všeobecná sestra.

Vybídni pacientku, aby popsala své bolesti – všeobecná sestra.

Zajisti, aby pacientka spala ve vyvětrané místnosti každý den – všeobecná sestra.

Realizace: 17. – 19. 8.

1. den

10:00 Snažila jsem se odvést pozornost od bolesti.

13:00 Pravidelně jsem hodnotila bolest a všímala si neverbálních projevů.

13:30 Vyčlenila jsem si čas pro vyslechnutí stesků pacientky.

14:00 Snažila jsem se pomoci pacientce zaujmout úlevovou polohu. Nejvíce jí vyhovovala poloha na zádech a vypodložená levá dolní končetina.

15:00 Přikládala jsem na LDK led a zabandážovala dolní končetiny pod kolena.

15:15 Promazala jsem Dolgit krémem LDK dle ordinace lékaře.

16:00 Pacientka si stěžovala na bolest operované končetiny, bolest má neurčitý charakter. Využívala jsem měřicí techniku VAS (viz. Příloha G). Pacientka naměřila pátý stupeň bolesti, proto jsem podala analgetika dle ordinace lékaře a sledovala jejich účinek. Bolest byla zapsána do dokumentace.

18:00 Analgetika pacientka nevyžadovala, dle VAS naměřila třetí stupeň bolesti.

2. den

9:00 Pravidelně jsem hodnotila bolest a všímala si verbálních i neverbálních projevů.

9:30 Pacientka nevyžadovala analgetika, dle VAS naměřila třetí stupeň bolesti.

10:00 Vyčlenila jsem si čas pro vyslechnutí stesků pacientky.

11:00 Přikládala jsem led na LDK a zabandážovala dolní končetiny pod kolena.

13:00 Snažila jsem se odvést pozornost od bolesti nabídkou pracovní činnosti s ergoterapeutkou.

14:00 Bolesti tlumeny analgetiky dle ordinace lékaře, dle VAS čtvrtý stupeň. Bolest měla ostrý charakter. Vše jsem zaznamenala v dokumentaci.

14:20 Sledovala jsem účinky analgetik.

15:00 Promazala jsem Dolgit krémem LDK dle ordinace lékaře.

17:00 Analgetika nevyžaduje.

3. den

9:00 Pravidelně jsem hodnotila bolest a všímala si verbálních a neverbálních projevů.

9:30 Podávala jsem led na LDK a zabandážovala dolní končetiny pod kolena.

11:00 Pacientku jsem edukovala, aby si kdykoliv zazvonila v případě svých potřeb.

13:00 Vyčlenila jsem si čas na dialog s pacientkou pro psychickou podporu.

15:00 Promazala jsem Dolgit krémem operovanou končetinu dle ordinace lékaře.

17:00 Vypodložila jsem pacientce operovanou končetinu.

17:15 Analgetika nevyžaduje, dle VAS naměřila dvě.

19:00 Komunikace s pacientkou a navození klidné atmosféry před spánkem.

Hodnocení:

Cíl částečně splněn, pacientka umí popsat charakter, intenzitu bolesti a umí najít úlevovou polohu.

00011 Zácpa v souvislosti se změnou prostředí projevující se namáhavou defekací a slovním vyjádřením.

Cíl: Pacientka se bude vyprazdňovat alespoň 1x za 48 hodin.

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

Pacientka má pravidelnou stolicí (do 2 dnů).

Pacientka zná veškeré možnosti, jak podpořit vyprazdňování stolice (do 1 dne).

Pacientka je informovaná o vhodném složení stravy a dostatečném příjmu tekutin (do 1 dne).

Intervence:

Zajisti soukromí při pravidelné defekaci – všeobecná sestra.

Pouč pacientku, aby dostatečně pila a měla vhodnou stravu – všeobecná sestra.

Pouč pacientku o dostatečném pohybu v mezích možností – všeobecná sestra.

Zjistí způsob vyprazdňování stolice a faktory, které vyprazdňování podporovaly – všeobecná sestra.

Sleduj barvu, zápach, konzistenci, množství i četnost vyprazdňování stolice – všeobecná sestra.

Zaznamenávej pravidelně stolicí do dokumentace – všeobecná sestra.

Podávej laxativa dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek – všeobecná sestra.

Realizace: 17. – 19. 8.

1. den

9:00 Pacientka byla poučena o pitném režimu a potravinách, které obsahují vlákninu.

10:00 Doporučila jsem pacientce konzumovat více ovoce a zeleniny (spolupráce s rodinou).

12:00 Poučila jsem pacientku o dostatečné fyzické aktivitě (chůze v chodítku průběžně s doprovodem).

13:00 Zajistila jsem soukromí při defekaci.

14:00 Podávala jsem lactulosu dle ordinace lékaře.

14:20 Pacientka měla tvrdší stolicí a bolestivější defekaci.

14:30 Informovala jsem lékaře, naordinoval glycerinové supp.

15:00 Informovala jsem ji, že se nejedná o závažný problém.

15:10 Podány glycerinové supp. dle ordinace lékaře.

18:00 Pacientka se vyprázdnila bez bolestivé defekace.

19:00 Stolicí jsem zaznamenala do dokumentace.

2. den

10:00 Sledovala jsem dodržování pitného režimu (průběžně) a zvýšený přísun vlákniny pro správné vyprázdnění.

10:30 Nabídla jsem k prevenci obstipace lactulosu dle ordinace lékaře.

11:00 Zajistila jsem soukromí při defekaci.

12:00 Poučila jsem pacientku o dostatečné fyzické aktivitě (chůze v chodítku průběžně).

13:00 Pacientka se vyprázdnila bez bolestivé defekace.

12:15 Stolicí jsem zaznamenala do dokumentace.

3. den

10:00 Sledovala jsem dodržování pitného režimu a zvýšený přísun vlákniny pro správné vyprázdnění.

13:00 Poučila jsem pacientku o dostatečné fyzické aktivitě (chůze o francouzských holích průběžně s doprovodem).

18:00 Pacientka se vyprázdnila bez bolestivé defekace a laxativ.

18:15 Stolicí jsem zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení:

Klientka neměla žádné bolesti břicha a ani nepocítovala napětí břišní stěny. Dále se snažila o dostatečný denní příjem tekutin, do svého jídelníčku zařadila více ovoce a zeleniny. Při vyprazdňování bylo zajištěno soukromí. Pacientka se vyprázdnila 2. den hospitalizace po podání glycerinových supp.

00095 Porušený spánek v souvislosti nemocničního prostředí projevující se špatným usínáním.

Cíl: pacientka má fyziologický spánek do 3 dnů.

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

Pacientka zná techniky správného usínání (do 1 dne).

Pacientka usíná do 30 minut po ulehnutí (do 2 dnů).

Pacientka verbalizuje zlepšení usínání (do 2 dnů).

Intervence:

Zajisti přes den aktivitu pro pacientku – všeobecná sestra.

Zajisti klid před spaním – všeobecná sestra.

Vyvětrej pokoj před usínáním – všeobecná sestra.

Podávej léky na spaní dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

Průběžně kontroluj kvalitu spánku – všeobecná sestra.

Realizace: 17. – 19. 8.

1. den

14:00 Snažila jsem se pacientku přes den aktivizovat, aby mohla večer v klidu usnout.

21:00 Na pokoji jsem vyvětrala a navodila příjemný pocit před spánkem.

23:00 Podána hypnotika dle ordinace lékaře.

24:00 Pacientka spí až do rána 6,5 hodin.

2. den

13:00 Nadále jsem aktivizovala pacientku drobnými úkoly (osobní hygiena).

14:00 Doporučila jsem pacientce malování s ergoterapeutkou a následnou rehabilitaci s fyzioterapeutem.

21:15 Před spánkem jsem vyvětrala pokoj.

21:20 Pacientka si chválila čerstvý vzduch před spánkem.

21:30 Podána hypnotika dle ordinace lékaře.

22:10 Pacientka usnula, spala 8 hod.

3. den

13:00 Přes den jsem aktivizovala pacientku pro noční kvalitní spánek.

21:00 Vyvětrala pokoj, aby se lépe usínalo.

21:30 Pacientka usíná do půl hodiny bez podání hypnotik, celkem spala 7,5 hod.

Hodnocení:

Cíl splněn, pacientka usíná do půl hodiny po ulehnutí. Pacientka udává výrazné zlepšení svého usínání, cítí se odpočatější. Věnuje se nabídnutým aktivitám a v noci pak lépe usíná.

00155 Riziko pádů v souvislosti chůze v chodítku – francouzských holí.

Cíl: U pacientky nedojde k pádu do konce hospitalizace.

Priorita: nízká

Intervence:

Edukuj pacientku o používání kompenzačních pomůček (do 1 hod.) – všeobecná sestra.

Zajisti pacientce styk s rehabilitačním pracovníkem (1 dne) – všeobecná sestra.

Pomáhej pacientce při pohybu (vždy) – všeobecná sestra.

Posuď stupeň závislosti (do 1 hod) – všeobecná sestra.

Komunikuj s pacientkou (vždy) – všeobecná sestra.

Zajisti bezpečný pohyb po pokoji (ihned) – všeobecná sestra.

Realizace:

1. den

10:00 Upozornovala jsem pacientku na riziko pádu.

11:00 Zařídila jsem kontakt s fyzioterapeutem a společně jsme edukovali pacientku o správném používání kompenzačních pomůček (chodítko).

13:00 Návčik chůze s fyzioterapeutem v chodítku.

13:00 Odstranila jsem překážky, které by pacientce mohly bránit v chůzi.

14:00 Pacientka byla upozorněna, že může chodit pouze s doprovodem.

15:00 Pacientka se mnou procvičovala chůzi po chodbě v chodítku.

2. den

9:00 Poučila jsem pacientku, aby si vždy zvonila, dle potřeb i na WC.

9:30 Dala jsem pacientce na dosah signalizaci.

10:00 Pacientka si je vědoma, že může chodit pouze s doprovodem.

11:00 Byla provedena rehabilitace s fyzioterapeutem (chůze v chodítku).

13:00 Odstranila jsem překážky, které by mohly bránit v bezpečné chůzi.

15:00 Procvičovali jsme chůzi po chodbě v chodítku s mým doprovodem.

3. den

10:00 Pacientka poučena o riziku pádu.

10:15 Dala jsem pacientce na dosah signalizaci.

10:30 Odstranila jsem překážky, které by mohly bránit v bezpečné chůzi.

11:00 Byla provedena rehabilitace s nácvikem o francouzských holích.

16:00 Poučila jsem rodinu o přístupu k pacientce a její rehabilitaci.

17:00 Nácvik chůze po chodbě v chodítku s rodinou.

Hodnocení:

Cíl splněn, u pacientky během hospitalizace nedošlo k pádu.

6.6 Celkové zhodnocení

00132 Bolest akutní levého kyčelního kloubu v souvislosti operační rány projevující se vyhledáváním úlevové polohy, výrazem bolesti v obličeji a verbalizací bolesti.

Pacientka byla informovaná o možnosti podání analgetik. Udávala neurčitou bolest levé dolní končetiny o intenzitě VAS pět, která se snižovala po podání analgetik do jedné hodiny. Další dny bolest ustupovala.

00011 Zácpa v souvislosti se změnou prostředí, projevující se namáhavou defekací.

Pacientka neměla a ani nepocítovala napětí břišní stěny. Snažila se o dostatečný pitný režim, do svého jídelníčku zařadila více ovoce a zeleniny. Při vyprazdňování bylo zajištěno soukromí. Pacientka se vyprázdnila 2. den hospitalizace po podání glycerinových čípků dle ordinace lékaře. Následující dny se pacientka pravidelně vyprazdňovala bez bolestné defekace.

00095 Porušený spánek v souvislosti nemocničního prostředí projevující se špatným usínáním.

Pacientka pocítovala zlepšení spánku. Udávala, že se přes den cítí mnohem více odpočínutější, věnovala se aktivitám a v noci pak lépe usínala.

00155 Riziko pádů v souvislosti chůze v chodítku – francouzských holí.

Pacientka byla upozorňovaná na riziko pádů. Byla poučena, aby si během dne zvonila o doprovod na WC. Během hospitalizace nedošlo u pacientky k pádu.

7 Doporučení pro praxi

Často se stává, že ze strany ošetřujícího personálu bývá nedostatečná informovanost rodiny pacienta o následné péči v domácím prostředí. Proto je nutné včas poučit rodinu o úpravě prostředí, ve kterém se bude rekonvalescent pohybovat a zároveň edukovat pacienta o prevenci pádu a doržování několika zásad bezpečného pohybu.

Rodině a pacientovi se doporučuje dodržování těchto zásad:

- ☞ Odstranit zbytečné překážky v pokoji pacienta, kde se bude pohybovat o 2 FH.
- ☞ Klasickou vanu je vhodné vybavit sedákem do vany, sprchový kout opatřit madlem a protiskluzovou podložkou.
- ☞ Na WC je vhodné používat nástavec na mísu (viz příloha CH).
- ☞ Doporučuje se sedět, tak aby úhel v kyčli byl více než 90°. Je třeba se vyvarovat sedu v hlubokém křesle.
- ☞ Addukce v kyčli je zakázána, nikdy nedávat „nohu přes nohu“, při otáčení na bok musí mít polštář mezi nohama.
- ☞ Při obouvání používat dlouhou lžici.
- ☞ Při oblékání ponožek je nutné použít podavač punčoch, či pomocí berle, nebo asistence jiné osoby.
- ☞ Rotace v kyčli, pacient si musí kontrolovat polohu špičky při chůzi, aby nedošlo k vytáčení špiček.
- ☞ Jízdu v automobilu jako spolujezdec je možné uskutečnit již po propuštění z nemocnice. Důležité je mít ve vozidle dostatek prostoru a sedáky či polštářky, aby se kyčel neohýbala do většího úhlu než 90°, nejlépe je sedět napříč na zadním sedadle s nataženou operovanou dolní končetinou.
- ☞ Řízení motorového vozidla lze doporučit nejdříve 3 měsíce po výkonu.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo poukázat na problematiku ošetrovatelské péče seniora po zlomenině krčku kosti stehenní. Zabývala jsem se problémem komplexní péče, do které spadá nejen fyzická pohoda, ale hlavně dobrý duševní stav, který je součástí celkového uzdravení pacienta. Zjistila jsem, že pro zvládnutí rekonvalescence a brzkého návratu do běžného života je velmi důležitá motivace a psychická podpora okolí. Z toho vyplynulo, že všeobecná sestra by neměla být pouze na dobré úrovni po stránce odborné, ale její předností by měla být i dovednost správně komunikovat. To znamená být dobrým psychologem a individuálně přistupovat ke každému pacientovi.

Po mé zkušenosti z praxe si dovoluji prohlásit, že správnou organizací v ošetrovatelském procesu si lze najít čas pro komunikaci s pacientem, vyslechnout si jeho přání, požadavky anebo si jen tak popovídat o běžných věcech a tím jim zpříjemnit pobyt v nemocnici.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTOVÁ, J. 2007. *Patologie pro bakaláře*. 4. vyd. 1. dotisk. Praha : Karolinum, 2007. 170 s. ISBN 978-80-246-0794-8.
2. BOROŇOVÁ, J. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství*. I vyd. Plzeň : Maurea, s.r.o., 2010. 193 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
3. DOENGES, M.E. – MOORHOUSE, M.F. 2001. *Kapesní průvodce pro zdravotní sestry*. 2 vyd. přep. Praha : Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
4. DUNGL, P. a kol. 2005. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2005. 1273 s. ISBN 80-247-550-8.
5. HERDMAN, T. H. a kol. 2010. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace: 2009 – 2011*. 1 vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2010. 456 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
6. KALVACH, Z. aj. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada Publishing a.s., 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
7. KOLÁŘ, P. a kol. 2010. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1 vyd. Praha : Galén 2010. 714 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
8. KOUDELA, K. a kol. 2004. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2004. 281 s. ISBN 80-246-0654-2.
9. KOUDELA, K. a kol. 2002. *Ortopedická traumatologie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2002. 147 s. ISBN 80-246-0392-6.
10. KOZIEROVÁ, B. - ERBOVÁ, G. - OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo 2*. Martin : Osveta, 1995. 839 - 1474 s. ISBN 80-217- 0528-0.
11. KLUSŇÁKOVÁ, E. - PITNEROVÁ, J. 2000. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8.
12. MAŇÁK, P. - WONDRAK, E. 2005. *Traumatologie*. 5. vyd. přep. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 96 s. ISBN 80-244-1009-5.
13. NĚMCOVÁ, J. - MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, 2009. 75 s. ISBN 978-80-902876-0-0.
14. POKORNÝ, V. a kolektiv. 2002. *Traumatologie*. Praha : Triton, 2002. 307 s. ISBN 80-7254-277-X.

15. TRACHTOVÁ, E. a kol. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 185 s. ISBN 80-7013-285-X.
16. VIŠŇA, P. - HOCH, J., a kolektiv. 2004. *Traumatologie dospělých*. Praha : Maxdorf 2004. 156 s. ISBN 80-7345-034-8.
17. VOKURKA, M. a kol. 2005. *Patofyziologie: pro nelékařské směry*. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 217 s. ISBN 80-246-0896-0.
18. ZEMAN, M. a kol. 2000. *Chirurgická propedeutika*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada Publishing a.s, 2000. 516 s. ISBN 80-7169-705-2.
19. ZEMAN, M. a kol. 2001. *Speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2001. 575 s. ISBN 80-72-62-093-2.
20. ŽVÁK, I. a kol. 2006. *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech*. 1 vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. 207 s. ISBN 80-247-1347-0.

PŘÍLOHY

Příloha A – Klasifikace zlomenin	I
Příloha B – Klasifikace podle Pauwelse	II
Příloha C – RTG snímek.....	III
Příloha D – Nácvik chůze o francouzských holích.....	IV
Příloha E – Ošetřovatelské vyšetření	V
Příloha F – Barthelův test	VI
Příloha G – Hodnocení bolesti.....	VII
Příloha H – Stupnice pádů dle Morse	VIII
Příloha CH – Nástavec na WC	IX

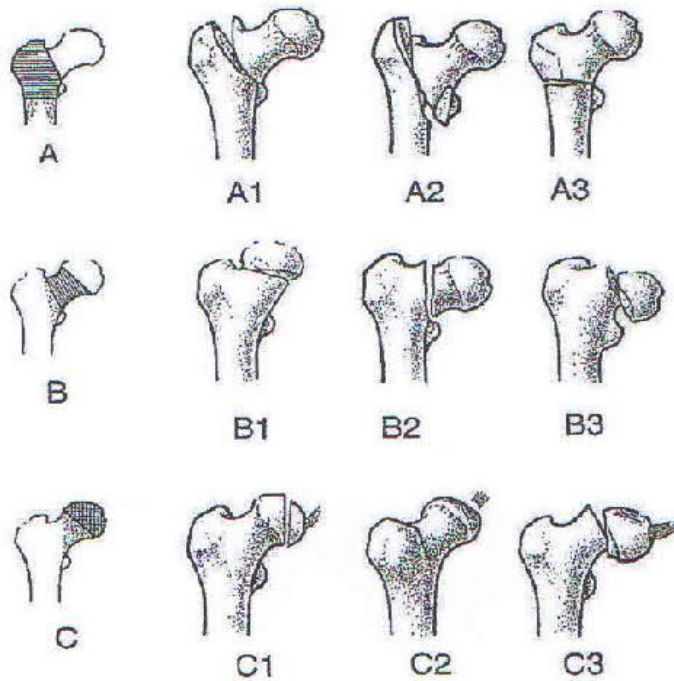
Příloha A – Klasifikace zlomenin

Proximální konec femuru

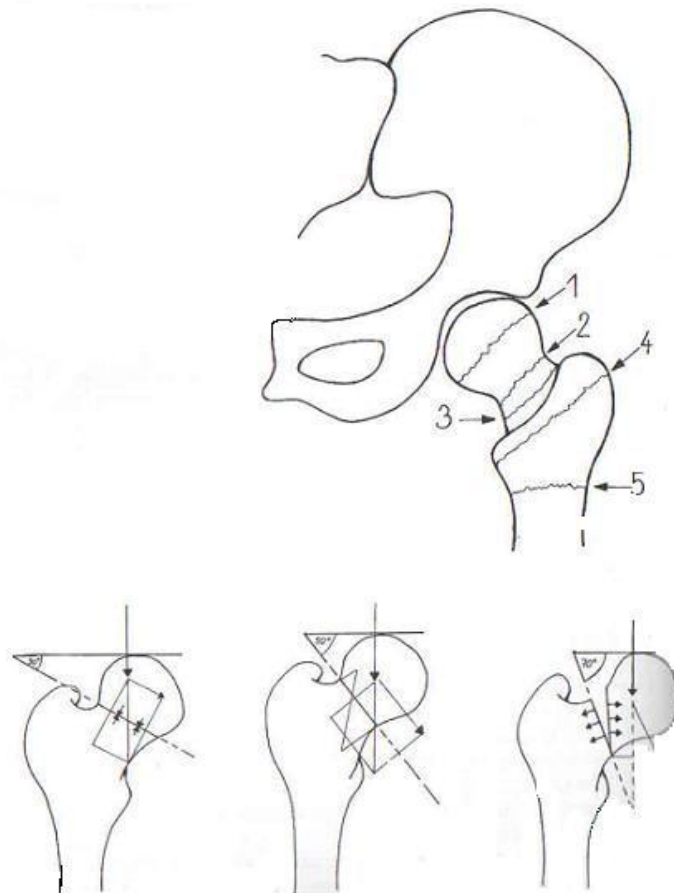
- A – intraartikulární zlomeniny trochanterické
 - A1 – pertrochanterické jednoduché
 - A2 – pertrochanterické víceúlomkové
 - A3 – intertrochanterické

- B – extraartikulární zlomeniny krčku
 - B1 – subkapitální s lehkou dislokací
 - B2 – transcervikální
 - B3 – subkapitální dislokované, nezaklíněné

- C – nitrokloubní zlomeniny hlavičky
 - C1 – zlomeniny hlavičky /Pipkin/
 - C2 – zlomeniny s impresí
 - C3 – se zlomeninou krčku



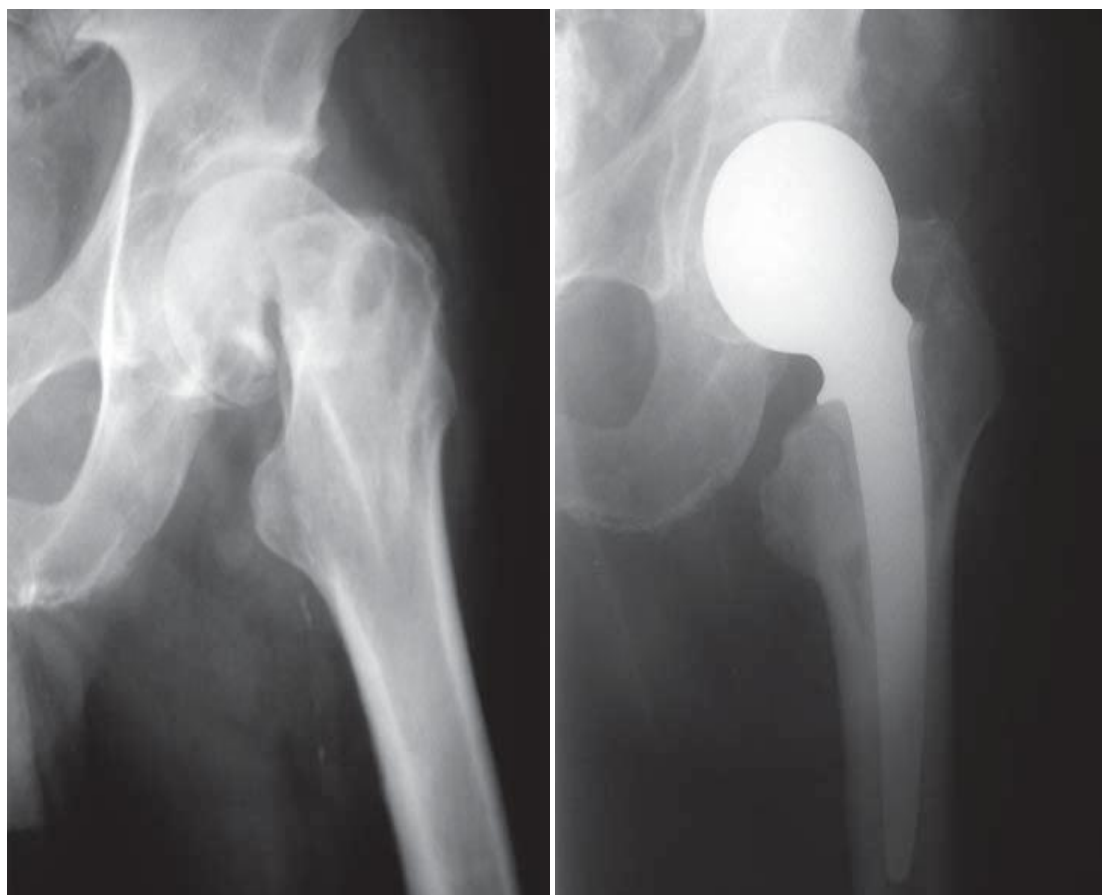
Příloha B – Klasifikace podle Pauwelse



- 1 – subkapitální zlomenina krčku
- 2 – mediocervikální zlomenina krčku
- 3 – bazicervikální zlomenina krčku
- 4 – petrochanterická zlomenina krčku
- 5 – subtrochanterická zlomenina krčku

Zdroj: ŽVÁK, I. a kol. 2006. *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech*. 142 s. ISBN 80-247-1347-0.

Příloha C – RTG snímek



A

B

A – subkapitální zlomenina krčku kosti stehenní

B – po implantaci cervikokapitální endoprotézy

Zdroj: *Medicina pro praxi: Zlomeniny proximálního femuru a jejich řešení*. 2008. č. 10. 395 s. ISSN 1214-8687

Příloha D – Návuk chůze o francouzských holích



Zdroj: *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2011. č. 1. 76 s. ISSN 1210-0404

Příloha E – Ošetřovatelské vyšetření

Ošetřovatelské vyšetření

Oddělení: _____

Příjem: _____
 Jméno: _____
 R.č.: _____

Příjem
 datum: 16.8.2010 hod: 11:00
 opakované přijetí: ano ne

rodina informována: ano ne
 Fyziologické funkce při přijetí

TK: P: TT: D:

Kontakt
 bez omezení
 ztížený
 nelze navázat

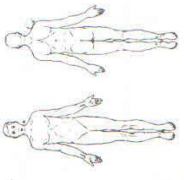
Psychický stav
Emoce
 klidný
 úzkostný
 pláčivý
 rozrušený
 podrážděný

Orientace
 orientovaný
 dezorientovaný:
 časem
 místem
 osobou
 jiné:
 kontaktovat specialistu ano ne

Dýchání
 dušnost:
 křidlová námahová

Spánek
 narušený: ano ne

Alergie
 ano ne
 alergen, včetně potravinového:

Bolest
 ano ne
 akutní chronická
 lokalizace: 

intenzita
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 (3 is circled)

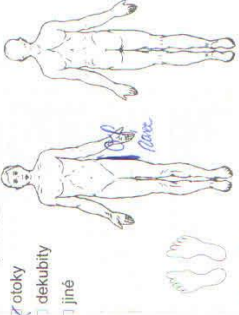
Soběstačnost / pohyblivost
 hodnocení stupně závislosti
 0-40 vysoce závislý
 45-60 závislost středního stupně
 65-95 lehká závislost
 96-100 nezávislý

Významný handicap
 zrak řeč
 sluch cizinec
 jiné:
 kontaktovat specialistu ano ne

Pomůcky
 brýle, čočky berle / hůl
 naslouchátko zubní protéza:
 vozík horní dolní
 jiné

Výživa
 váha / výška 59/165...BMI: 21
 DM PEG
 sonda riziko malnutrice
 obezita (BMI >30) riziko malnutrice
 speciální stravovací návyky (kulturní odlišnost)
 kontaktovat NT ano ne
Vyprazdňování
 problémy s močením:
 pálení frekvence
 retence inkontinence
 vyprazdňování stolice
 zácpa průjem stomie
 inkontinence

Kůže
 změny na kůži
 otoky dekubity
 jiné



Riziko SDN
 a) změna barvy a teploty nohy, edém nohy
 b) změny nehtů (zarůstající)
 c) ulcerace, zhojené defekty, amputace v anamnéze
 d) mykózy kožní i nehtové
 e) otřepy na plošce a hyperkeratózy
 f) nevhodná obuv
 g) drápaní a kladivkové prsty, kostní deformity a deformace nohy

Vyživa
 riziko pádů
 riziko dekubitů
 Norton < 25 - postupuj dle MN č. 1/2008
 riziko ICHS součet: 15
 SDN (postupuj dle MN č. 1/2005)

Schopnost edukace
 pacient rodina
Potřeba edukace
 anesteziologická péče
 perioperační péče
 diabetologická péče
 podiatrická péče
 X další: *dieta*

Potřeba duchovních služeb
 ano ne

Plánování propuštění
 není schopen vykonávat aktivity denního života a se péčí
 není orientován (čas, místo, osoba)
 problémy s medikací
 vyžaduje následnou rehabilitaci
 bydlí sám bydlí s rodinou
 bariérové bydlení
 je v péči... *Anna*

Kontakt se sociálním pracovníkem
 ano ne
 podpis a razítko sestry:
 datum: 16.8. čas: 11:00

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace pacientky LDN.

Příloha F – Barthelův test

Barthelův test základních všedních činností.
(ADL-activity daily living)

Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01. Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	05
	Neprovede	00
02. Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	05
	Neprovede	00
03. Koupání	Samostatně nebo s pomoci	05
	Neprovede	00
04. Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomoci	05
	Neprovede	00
05. Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	05
	Trvale inkontinentní	00
06. Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	05
	Inkontinentní	00
07. Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	05
	Neprovede	00
08. Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomoci	10
	Vydrží sedět	05
	Neprovede	00
09. Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
	S pomoci 50 metrů	10
	Na vozíku 50 metrů	05
	Neprovede	00
10. Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	05
	neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

70 bodů

Hodnocení:	Závislost	Body
70 bodů	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

Zdroj: TRACHTOVÁ a kol. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 23 s. ISBN 80-7013-285-X.

Příloha G – Hodnocení bolesti

Hodnocení bolesti

Příjmení:
 Jméno:
 R.č.:

list č. 1

Oddělení: LDN

Datum:	17.8	18.8	19.8
Hod/min	7 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6	7 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6	7 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6
Stupeň: 10 8 7 6 5 4 3 2 1			
Analgetika	KOPALGIN 400 mg MORFIN 10 mg	KOPALGIN 400 mg MORFIN 10 mg	KOPALGIN 400 mg MORFIN 10 mg
Charakter	<input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input checked="" type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> vystrelující <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input checked="" type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> vystrelující <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input checked="" type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> vystrelující <input type="checkbox"/> jiná
Podpůrky	<input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavá <input type="checkbox"/> pálivá <input checked="" type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavá <input type="checkbox"/> pálivá <input checked="" type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavá <input type="checkbox"/> pálivá <input checked="" type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná
Hodnocení sestry	R Podpis a razítko sestry g.00 bodavá, svíravá, neurčitá	R Podpis a razítko sestry g.00 bodavá, svíravá, neurčitá	R Podpis a razítko sestry g.00 bodavá, svíravá, neurčitá
	O Podpis a razítko sestry 14.00 bodavá, svíravá, neurčitá	O Podpis a razítko sestry 14.00 bodavá, svíravá, neurčitá	O Podpis a razítko sestry 14.00 bodavá, svíravá, neurčitá
	N Podpis a razítko sestry 16.00 bodavá, svíravá, neurčitá	N Podpis a razítko sestry 16.00 bodavá, svíravá, neurčitá	N Podpis a razítko sestry 16.00 bodavá, svíravá, neurčitá

vlož do grafu: ● - bolest na hrudku, ● - bolest končetin, ● - bolest hlavy, ● - jiné místo, ● - fyzioterapeut

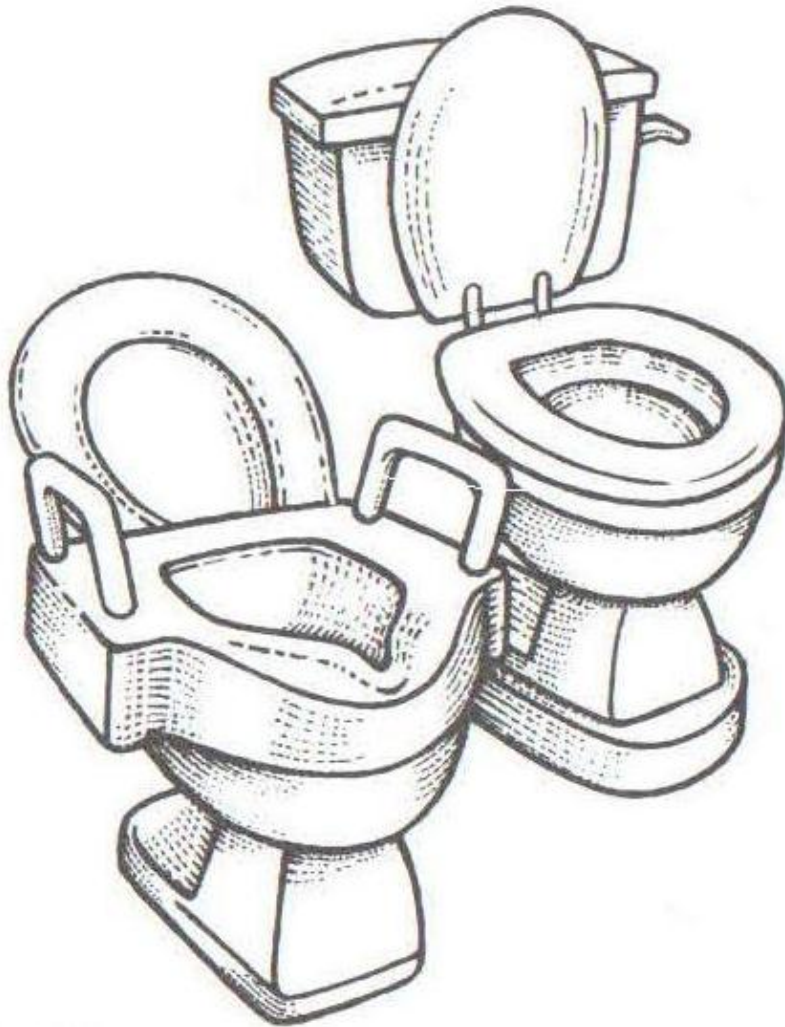
Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace pacientky LDN.

Příloha H – Stupnice pádů dle Morse

Stupnice pádů Morse				
	Body			Body
1. pády v anamnéze: nynější nebo v posledních 3 měs.	ne:0 ano:25	6. duševní stav vědom si svých možností		0
2. vedlejší diagnóza	ne:0 ano:15	zapomíná na svá omezení		15
3. pomůcky k chůzi klid na lůžku/pomoc sestry	0	Celkem		60
berle/hůl/chodítko	15	Míry rizika	Hodnocení	Opatření
nábytek	30	bez rizika	0 - 24	běžná ošetrovatelská péče
4. i.v. vstup	ne:0 ano:20	nizké riziko	25 - 50	SŘ 11/2010, čl. II odst. 2.2
5. chůze/pohyb normální/klid na lůžku/imobilní	0	vysoké riziko	≥ 51	SŘ 11/2010, čl. II odst. 2.3
slabá chůze	10	25 bodů a více: postupuj dle SŘ č. 11 / 2010		
zhoršená	20	<i>Zdroj: Prevence pádů ve zdravotnictví, Cesta k dokonalosti a zvyšování kvality, Grada 2007, str. 79</i>		

Zdroj. Ošetrovatelská dokumentace pacientky LDN.

Příloha CH – Nástavec na WC



Zdroj: KALVACH et al., *Geriatric a gerontologie*. 2004. 431 s. ISBN 80-247-0548-6.