

sodík stejně jako pro K užívá autorka draslík, rozhodně ne tedy natriu, ale natrium). Problémem je množství pravopisných chyb např. poklep bubínkoví, závislí pacient.

V úvodu je použit nevhodný způsob větné skladby a volba slov jako např. endoprotéza je poskytována. Nevím přesně, jak si autorka představujete péči reálně aplikovanou na konkrétního pacienta. Jak by vypadala nereálná?

V bakalářské práci je mnoho faktických nepřesností i zásadních chyb. V 2. kapitole je nepřesně uvedeno, že náhrada kyčelního kloubu je náhradou krčku, hlavice a acetabula. To je velmi nepřesné a neobratné vyjádření, které se vlastně táhne celou touto kapitolou. Autorka rozhodně chtěla například říci, že jamka je zavedena do připravené, ale ne jak uvádí, opravené pánevní jamky. Existuje i ASA IV (zkratka není uvedena). Co si představuje autorka pod větou, že časná rekonvalescence probíhá v domácím prostředí, když pacient ležel 16 dní na ortopedii na Bulovce a poté byl přeložen do rehabilitačního zařízení?

Zcela, ale zcela zásadním pochybením je informace, že s plnou zátěží se začíná po půl roce od operace a i s plnou zátěží se doporučuje chodit s oporou. To je zásadní nepochopení problematiky, které neplatilo ani před 11 lety v práci, ze které autorka čerpala. Životnost protézy nemá nic společného se zátěží, ale s počtem pohybových cyklů. V práci, která si za cíl dává ucelený popis problematiky, to беру jako jednu z klíčových chyb.

Edukační doporučení jsou zcela vágní a spíše na úrovni obecných doporučení a ne jasná edukace pacienta, která by byla využitelná.

Zcela nedostatečné je klinické vyšetření - kyčelní kloub má i abdukci a addukci. Ta je velmi důležitá, není změřen rozdíl délek, o kterém se autorka zmiňuje v teoretické části.

Domnívám se, že by měla být větší pozornost věnována řešení bolesti, tedy při jaké hodnotě VAS, jaká analgezie, informace že při větších bolestech Dīpidolor, je méněcenná.

Intervence by měly být zcela jasné, konkrétní - tedy ne "zajisti vhodnou polohu končetiny", ale "poloha končetiny v abdukci mezi 30-40 st, endorotaci 10-15 st, semiflexi v koleni 20-25 st".

Také časový horizont pro jejich provádění není zcela v pořádku - zásady správného pohybu do 3 hodin, riziko pádu do 2 hodin, význam RHB do 2 hodin, důvody zhoršené pohyblivosti do 1 hodiny. Dále je uváděno, že pacient usne do 1 hodiny od ulehnutí do lůžka. Vzhledem k tomu že pacient po TEP tráví většinu času na lůžku v prvních dnech - kolik tedy vlastně spí?

V doporučeních pro praxi je uváděno, že jsou zde návrhy na opakovanou a častou edukaci pacienta. V práci jsou jen převzatá doporučení uléhání na lůžko. Jinak se jedná o pouhá obecná doporučení, že se má edukovat, to mi přijde velmi málo.

Práci k obhajobě

DOPORUČUJI S VÝHRADAMI

V Praze dne 23.5.2011

Doc.MUDr. David Jahoda, CSc.

