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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES O PACIENTA PO OPERACI TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA CHROMOVSKÁ, DiS.

Stupeň vzdělávání: bakalář
Název studijního oboru: všeobecná sestra
Vedoucí práce: MUDr. Stanislav Popelka

Praha 2014

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

Chromovská Veronika
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 27. 9. 2013 Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces o pacienta po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu

Nursing Care for Patients after Surgery of Total Hip Arthoplasty

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Stanislav Popelka

V Praze dne: 1. 11. 2013

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne podpis:

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce MUDr. Stanislavu Popelkovi a své dlouholeté kolegyni a kamarádce Bc. Michaele Sloukové za jejich pomoc a cenné rady při zpracovní bakalářské práce. Dalé bych ráda poděkovala mé rodině a přátelům, kteří za mnou vždy stáli.

ABSTRAKT

Chromovská, Veronika. *Ošetřovatelský proces o pacienta po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň klasifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Stanislav Popelka, Praha. 2014. 62 s.

Bakalařské práce se zabývá ošetřovatelským procesem o pacienta po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Ta je rozdělena na dvě části – teoretická a praktická. Teoretická část práce se zabývá základními pojmy týkající se dané operace, která zahrnuje předoperační a pooperační péči s následnou rehabilitací. V praktické části je popsán ošetřovatelský proces u pacientky po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu hospitalizované na 1.stanici, 1. Ortopedické kliniky ve Fakultní nemocnici Motol v Praze dle koncepčního modelu Marjory Gordon. Cílem bakalářské práce je vypracování odborného textu za účelem vysvětlení problematiky ošetřovatelského procesu o pacienta po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu.

Klíčová slova: Model Marjory Gordon. Ošetřovatelský proces. Pacient. Totální endoprotéza kyčelního kloubu.

ABSTRACT

Chromovská, Veronika. Nursing Process for Patients after Surgery of Total Hip Arthoplasty. Medical College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc). Supervisor: MUDr. Stanislav Popelka. Prague 2014. 62 pages.

The bachelor's thesis deals with the nursing process for patients after total hip Arthoplasty. The thesis is divided into two parts – the theoretical and practical one. The theoretical part deals with a basic concept regarding to given surgery which includes pre-surgery care and post-surgery care with subsequent rehabilitation. The practical part describes the nursing process for a female patient after total hip arthoplasty hospitalized in department one, 1.orthopedic clinics in University Hospital Motol in Prague and at the same time this part also describes the nursing process according to M. Gordon's model. The purpose of this thesis is to evolve this vocational text to explain the issue of the nursing process for patients after total hip arthoplasty.

Key words: M. Gordon's Model. Nursing Process. Patient. Total Hip Arthoplasty.

OBSAH

ÚVOD 11

1 NÁHRADA KYČELNÍHO KLOUBU 12

1.1 TYPY KYČELNÍCH NÁHRAD 12

1.1.1 CEMENTOVANÁ NÁHRADA 12

1.1.2 HLAVICE 13

1.1.3 NECEMENTOVANÁ NÁHRADA 13

1.1.4 1.1.4 HYBRIDNÍ NÁHRADA 13

1.2 INDIKACE K TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU 14

1.3 KONTRAINDIKACE K TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU 14

2 RIZIKA A KOMPLIKACE 15

2.1 PEROPERAČNÍ KOMPLIKACE 15

2.2 ČASNÉ KOMPLIKACE 15

2.3 STŘEDNĚ TĚŽKÉ KOMPLIKACE 16

2.4 POZDNÍ KOMPLIKACE 16

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZOU KYČLE 18

3.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA 18

3.1.1 CO BY MĚL SÁM PACIENT UDĚLAT PŘED OPERACÍ 19

3.1.2 DIETA 19

3.1.2.1 DOPORUČENÝ VÝBĚR POTRAVIN 19

3.1.2.2 NEVHODNÉ POTRAVINY 20

3.1.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA 21

3.2 OPERAČNÍ VÝKON 21
3.3 POOPERAČNÍ PÉČE 22
3.4 PŘEDOPERAČNÍ FYZIOTERAPIE 23
3.5 POOPERAČNÍ FYZIOTERAPIE 23
3.6 REHABILITAČNÍ TECHNIKY 25
3.6.1 CVIKY NA ZÁDECH 25
3.6.2 CVIKY NA BŘIŠE 25
3.6.3 CVIKY V SEDĚ 25
3.6.4 SED NA ŽIDLI 26
3.6.5 CHŮZE 26
3.6.6 CHŮZE DO SCHODŮ A ZE SCHODŮ 26
4 NÁVRAT PACIENTA DO NORMÁLNÍHO ŽIVOTA 27
4.1 SEXUÁLNÍ AKTIVITA DO TŘECH MĚSÍCŮ PO OPERACI 27
4.2 SPORT 27
4.3 JÍZDA V AUTOMOBILE 28
5 ZÁKLADNÍ PRAVIDLA PRO PACIENTY V DOMÁCÍ PÉČI 29
6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES 31
6.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA 32
6.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE KONCEPČNÍHO MODELU MARJORY GORDON 36
6.2.1 ŽIVOTOPIS MARJORY GORDON 36
6.2.2 OBSAH A KONCEPCE MODELU 36
6.2.2.1 VZORCE 37

6.3 ZÁKLADNÍ SCREENINGOVÉ FYZIKÁLNÍ VYŠEŘENÍ Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY 41
6.4 SITUAČNÍ ANALÝZA 42
6.5 ROZDĚLENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ 43
6.5.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT 43
6.5.2 POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT 43
6.6 ROZPRACOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY 44
ZÁVĚR 58
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 59
SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ 61
SEZNAM PŘÍLOH

SEZNAM ZKRATEK

ALP - alkalická fosfatáza

ALT – alaninaminotranferáza

aPTT – activated partial thromboplastin time (aktivovaný částečný tromboplastinový čas)

AST – aspartátaminotransferáza

BMI – body mass index (index tělesné hmotnosti)

CRP – C-reaktivní protein

EKG – elektrokardiograf

FW – sedimentace

GCS – glascow coma scale, škála hodnotící stav vědomí

GMT - gama-glutamyltransferáza

i.m. – intramuskulárně

INR – mezinárodní normalizovaný poměr (vyjádření hodnoty Quickova testu)

i.v. – intravenózně

JIP – jednotka intenzivní péče

P – puls

PAD – perorální antidiabetikum

PMK – permanetní močový katétr

PŽK – periferní žilní katétr

RTG - rentgen

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

ÚVOD

Mezi nejčastější příčiny chronických bolestivých stavů a invalidity je onemocnění kloubů a kostí. Onemocnění pohybového aparátu postihuje asi 12 % lidí na celém světě. Mezi důvody, které zvyšují počet ortopedických výkonů, patří stárnoucí populace, špatná životospráva a adrenalinové sporty (ŠIRŮČKOVÁ, 2010).

Totální endoprotéza kyčelního kloubu patří k nejčastějším operacím v ortopedii. U pacientů tato operace výrazně zlepšuje kvalitu jejich života a navrátí jim pohyb bez bolesti. Dochází k vyraznému zlepšení operační techniky a rozvoji nových typů endoprotéz tzv. implantátů, díky tomu v České republice stoupá kvalita provedení tohoto operačního výkonu na vysokou úroveň. Tématem bakalařské práce je ošetřovatelský proces o pacienta po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Tato práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsme vysvětlili pojem totální endoprotézy kyčelního kloubu, druhy operací a pooperační komplikace související s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Byla popsána předoperační a pooperační péče s následnou rehabilitací. V praktické části byl zpracován ošetřovatelský proces podle modelu Marjory Gordon „Model funkčních vzorců zdraví“ u pacientky po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu hospitalizované na 1.stanici, 1. Ortopedické kliniky ve Fakultní nemocnici Motol v Praze. Po posouzení stavu jejího stavu, potřeb a získaných informací od pacientky, ze zdravotnické dokumentace a rodiny od pacientky byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy s pomocí Kapesního průvodce zdravotní sestry Taxonomie I. Poté byl zhotoven individuální ošetřovatelský plán, realizace a hodnocení ošetřovatelské péče.

1 NÁHRADA KYČELNÍHO KLOUBU

Náhradou poškozeného kyčelního kloubu se stala endoprotéza, která skoro denně umožňuje lidem na celém světě návrat do normálního života bez pohybového omezení a bolesti. Během několika let došlo k výraznému rozvoji této operační techniky, dochází k rozvoji stále nových typů endoprotéz (tzv. „implantátů“), které jsou vyrobeny pomocí nových technologií. Věková hranice se u pacientů, kteří potřebují náhradu kyčelního kloubu se neustále snižuje, díky tomu vzrůstá počet pacientů, u kterých je zapotřebí endoprotézu vyměnit. Výměna endoprotézy je nutná provést v případě uvolnění z kostního lůžka nebo při vniknutí infekce (SOSNA, 2003).

1.1 TYPY KYČELNÍCH NÁHRAD

Typy kyčelních náhrad rozdělujeme podle postižení kyčelního kloubu na endoprotézu cervikokapitální, která nahrazuje pouze hlavici kosti stehenní a endoprotézu totální, která nahrazuje hlavici a kloubní jamku. Pro pacienta mají tyto dva typy své výhody a nevýhody. V současné době se zvyšuje počet náhrad endoprotézami totálními. Tento výkon samozřejmě závisí na celkovém zdravotním stavu pacienta (SOSNA, 2003).

1.1.1 CEMENTOVANÁ NÁHRADA

V roce 1840 se o první kloubní náhradu pokusil Carnochan z New Yourku. Provedl náhradu temporomandibulárního kloubu dřevěnou destičkou. První generace cementovaných implantátů vznikla podle Johna Charnleye. V roce 1961 byla publikována jeho práce v časopise Lancet „Arthroplasty of the hip – a new operation“, kde popsal systém cementovaných endoprotéz a k jejich výrobě doporučil polyetylen. John Charnley byl anglický ortoped. Je považován za otce prvních kloubních implantátů. Tzv. kostní cement použil v roce 1962 pomocí 22 mm kuličky z nerez oceli, která byla nasazena na dřík a poté vložena do stehenní kosti. Tímto spojil oba dva komponenty. V dnešní době se jako kostní cement používá rychle tuhnoucí hmota (metylmetakrylát). Tvar cementových

dříků je oblý, liší se tvarem a technikou při cementování. Tato náhrada není vhodná pro mladé a aktivní pacienty, jelikož její životnost bývá zpravidla okolo 10-15 let, kdy může dojít k uvolnění jamky (SOSNA, 2003; GALLO, 2011; JANÍČEK, 2007).

1.1.2 HLAVICE

V současnosti má hlavice několik podob ve velikosti a materiálech. Je vyráběna ze sloučeniny chromu a kobaltu či keramického materiálu. U hlavice je důležitá nejen délka, ale i její velikost v průměru. Nyní se užívá průměr hlavic na 28 mm, dříve byl průměr 32 mm. Menší hlavice mají menší třecí plochu a otěr. Nevýhodou je snadnější luxace, tlaková deformace z důvodu působení jednotkového tlaku na váhonosný segment (DUNGL, 2005).

1.1.3 NECEMENTOVANÁ NÁHRADA

Necementované náhrady vznikly již koncem 60. a počátkem 70. let 20. století. Cílem bylo usnadnit reimplantaci bez zbytečných ztrát kosti a nesnadného odstraňování cementu. Patří mezi rozšířené kloubní náhrady, kde se nepoužívá při kontaktu s kostí cement. Kloubní náhrada je upravována tak, aby kost mohla prorůst do upraveného povrchu kovového implantátu. Tento typ náhrady závisí na přesným kontaktu implantátu s kostí. Je vhodný pro věkově mladší jedince. Poprvé byl představen v roce 1977 v USA (SOSNA, 2003; DUNGL, 2005).

1.1.4 HYBRIDNÍ NÁHRADA

Jde o kombinovanou techniku, kdy jedna komponenta je spojena bez cementu (jamka) a druhá komponenta je spojena s cementem (dřík) (SOSNA, 2003). *Obecbě platí, že cementované implantáty lze zatěžovat prakticky ihned, zatímco u necementovaných a hybridních náhrad je zpočátku třeba jisté opatrnosti* (VAVŘÍK, 2012, s. 174).

1.2 INDIKACE K TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU

K nejčastějším důvodům k provedení náhrady kyčelního klouby patří úrazy jako jsou zlomeniny krčku kosti stehenní, kdy dochází k poškození kyčelního kloubu nebo vykloubení (luxace) kyčle. Další příčinou je degenerativní onemocnění kyčelního kloubu (koxartóza) či poškození kloubu v důsledku revmatického onemocnění. Také mohou vzniknout v důsledku jiného onemocnění (vrozené vady, onkologické onemocnění) (SOSNA, 2003; KOUDELA, 2004).

Hlavním symptomem pro lékaře k doporučení operace je bolest, kterou pacient udává při vyšetření. Dalším příznakem je porucha funkce kloubu a celkové omezení hybnosti. Jestliže pacientovi nepomohla konzervativní léčba je nutné přejít k operaci. K takovému kroku je důležitý souhlas pacienta, který bude nejprve seznámen se všemi riziky spojenými s operací. Výjimka je v případě onkologického onemocnění, která postihuje oblast kyčelního kloubu, v tomto případě je náhrada nezbytná. (SOSNA, 2003).

1.2 KONTRAINDIKACE K TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU

Kontraindikace jsou stavy, které mohou vést ke komplikacím v hojení operační rány a negativně ovlivnit průběh operace. Mezi kontraindikace totální endoprotézy kyčelního kloubu patří:

- kardiopulmonární onemocnění, která vylučují operaci v epidurální nebo spinální anestezii
- cévní onemocnění – zejména pokročilá ateroskleróza, která zabraňuje efektivní po-operační rehabilitaci
- ischemická postižení periferních tepen dolních končetin
- závažná psychická onemocnění a strukturální postižení centrální nervové soustavy
- přítomnost infekce v organismu
- lze považovat věk, sociální zázemí, nebo třeba obezitu pacienta (DUNGL, 2005).

2 RIZIKA A KOMPLIKACE

Jakákoli operace, tak i náhrada kyčelního kloubu má svá rizika a komplikace, kterým je nutné čelit a nebrat je na lehkou váhu. Proto je důležité, znát tato fakta a umět jim předcházet. Snížíme-li celkově výskyt možných komplikací, výrazně tím napomůžeme kvalitní a správné předoperační péči, průběhu a péči pooperační (SOSNA, 2003).

2.1 PEROPERAČNÍ KOMPLIKACE

Mezi tyto komplikace patří zlomenina v oblasti Adamsova oblouku (calcar femorale) a zlomenina diafýzy femuru. Tento stav se řeší osteosyntézou. Další komplikací může být poranění velkých cév, konkrétně postihuje fermorální tepnu (a. Femoralis) nebo její větve. V tomto případě je důležitá okamžitá revize, sutura tepny a podvázání menších větví. Může také dojít k poranění nervů, při němž je poškozen n.femoralis a n. Ischiadicus (KOUDELA, 2004).

2.2 ČASNÉ KOMPLIKACE

Během operačního výkonu patří mezi běžné komplikace krvácení, které lze nahradit krevními konzervami. Samotná endoprotéza, která je jako cizí těleso, může způsobit určitá rizika.V pooperačním období může dojít k vykloubení kyčle (luxace), a to při hrubém nedodržení pohybového režimu. Projevuje se náhle vzniklou bolestí, omezením pohybu či zkrácením končetiny. Tento stav se většinou řeší v celkové anestezii tím, že se kloub reponuje (vrátí do původní polohy). Operace je nezbytná při opakovaných luxacích. Další komplikací je syndrom tukové embolie, který může vzniknout při cementování. Proti vzniku tromboembolické nemoci je důležité dbát na prevenci. Profylaxe je podávání nízkomolekulárního heparinu v podobě Clexanu či Fraxiparinu subkutánně. Ten je podáván nejen v průběhu hospitalizace, ale i po ní. Hlavním cílem je předcházet tzv. plicní embolizaci, která může ohrozit život pacienta. K prevenci také patří používání elastických

bandáží nebo zdravotnických punčoch na dolní končetiny, zejména u pacientů s cévními městky (varixy). Je nutné dodržovat dostatečný příjem tekutin a pohybový režim (KOUDELA, 2004).

2.3 STŘEDNĚ TĚŽKÉ KOMPLIKACE

K těmto komplikacím, které vznikají v pooperačním období patří dehiscence operační rány – tzv. „rozpadnutí“ rány nebo pozdní hematom. Při velkém hematomu je nutná revize rány.. Může také dojít k časné infekci, která se projevuje do 14 dnů zarudnutím, otokem, bolestivostí a horečkou nad 38 st. C°. Při zjištění zvýšených hodnot sedimentu a C-reaktivního proteinu je zahájena antibiotická léčba pomocí laváže (KOUDELA, 2004).

2.4 POZDNÍ KOMPLIKACE

Do pozdních komplikací patří hlavně infekce. Proto je důležité operovat za přísných aseptických podmínek, což vyžaduje dokonalou operační techniku. K infekčním komplikacím dochází tehdy, pokud má pacient sníženou imunitu nebo je nositelem infekčního ložiska v těle (infekce močových cest, zánět vedlejších nosních dutin, gynekologické záněty, zubní váček...atd.). *Příkladem je přibývající počet rezistentních bakteriálních kmenů jako původců osteomyelitid, infekcí kloubních náhrad i septických artritid v ortopedii. Nejčastějšími původci infekce kloubní náhrady jsou Staphylococcus aureus a v poslední době stále častěji koaguláza-negativní stafylokoky, sledované heterogenní skupinou gramnegativních a grampozitivních bakterií* (JAHODA, 2008, s. 40). Pokud dojde ke styku s infekcí, je nutné infikovaný kyčelní kloub vyjmout z organizmu a infekční ložisko zaléčit, poté implantovat speciální endoprotézu (SOSNA, 2003).

Infekce můžeme rozdělit dle Koudely:

- Časná infekce – objevují se mírné známky zánětu, dochází k uvolnění endoprotézy během několika týdnů nebo měsíců
- Pozdní infekce - vzniká hematogenní cestou při endoskopických výkonech
- Latentní infekce – vzniká kontaminací implantátu bez známek zánětu. Příčiny jsou mikroorganismy, které produkují glykokalix (směs mukopolysacharidů), vytváří na povrchu endoprotézy biofilm. Tyto bakterie jsou asi 500krát rezistentnější na antibiotickou léčbu. Kovové implantáty jako je kobalt či nikl, ze kterých jsou vyrobeny endoprotézy, jsou cytotoxické a zároveň snižují funkci imunitního systému (KOUDELA, 2004)

Vlastnosti endoprotézy jsou závislé na životnosti implantátu, která je tedy velmi inviduální. Pravidelné kontroly pod rentgenem jsou doporučovány za jeden nebo dva roky (SOSNA, 2003).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S TOTÁLNÍ ENDOPRTÉZOU KYČLE

Do specifik ošetřovatelské péče u pacienta s totální endoprotézou kyčle patří předoperační příprava pacienta před výkonem, dále pooperační péče. Důležitou roli v rámci rekonvalescence u pacienta hraje fyzioterapie a to jak před planovanou operací tak samozrejmně po ní.

3.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Vzhledem k tomu, že se jedná o plánovaný výkon, je stanoven přesný termín operace. Je nezbytné, aby měl pacient celkové interní vyšetření s odběry krve a moče. Základní laboratorní vyšetření jsou: hematologie (KO, koagulace – Quikův čas, INR, aPTT), biochemie (jaterní testy – ALP, ALT, AST, GMT, bilirubin; iontogram, urea, kreatinin, glykemie, celková bílkovina, CRP, moč + sediment). U žen musí být provedeno gynekologické vyšetření. EKG je provedeno u osob starších 40 let nebo u mladších jedinců s pozitivním kardiologickým nálezem. RTG srdce a plic je nutné u osob straších 60 let, kuřáků nad 40 let, u mladších jedinců s pozitivní kardiologickou nebo plicní anamnézou. Dále schválení od praktického lékaře nebo internisty, že je pacient schopen operace. Poté následují dva odběry krve, přibližně 400 ml pacientovi vlastní krve tzv. „autotransfúze“. Ty jsou pak použity v době operace nebo časně po výkonu dle potřeby. Pokud z nějakého důvodu není odběr krve možný, je krev substituována od dárce. Interní vyšetření nesmí být starší než jeden měsíc ke dni operace. U žen je důležité plánovat termín mimo období menstruace. U chronické medikace v perioperačním období je nutné mít na vědomí, že jsou léky, které musí být včas vysazeny před operací. Pacient o nich musí být edukován lékařem. Patří tam perorální antikoagulancia (Warfarin), kdy se pacient převádí na nízkomolekulární heparin – Clexane, dále perorální antikoncepce (minimálně 6 týdnu před operací vysadit) a perorální antidiabetika (PAD), kdy je nutné pacienta převést na krátkodobě působící inzulíny (SOSNA, 2003; ADAMUS, 2012).

3.1.1 CO BY MĚL SÁM PACIENT UDĚLAT PŘED OPERACÍ

Po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu následuje dlouhá rekonvalescence. Je vhodné, aby se pacient snažil o úpravu své tělesné váhy a zlepšil svou tělesnou kondici. Následnou rehabilitaci si pacient zajišťuje sám, nebo mu ji zajišťuje nemocnice, ve které je hospitalizován. Je důležité myslet na období po propuštění z nemocnice, proto by si pacient měl dát do pořádku všechny osobní záležitosti (návštěva banky…atd.). Dále je nezbytné dovybavit byt vhodnými doplňky jako jsou madla na WC, nástavec na WC, lůžko a křeslo vhodné výšky a pomůcky, které zjednodušují sebeobsluhu u pacienta (dlouhá obouvací lžíce, podavač a oblékač punčoch). Důležitá je správná obuv, která je pohodlná a dobře se nazouvá. (SOSNA, 2003).

3.1.2 DIETA

Dieta doporučována v rámci předoperační přípravy je dieta bezezbytková. Skládá se z potravin, které nedráždí sliznici, nezvyšují střevní činnost a zanechává ve stolici málo zbytků. Je nutné dietu dodržovat 3 dny před operací. Pokud má pacient obtíže ze zácpou, doporučuje se dietu dodržovat o dva dny déle (SOSNA, 2003).

3.1.2.1 DOPORUČENÝ VÝBĚR POTRAVIN

- *Nápoje: čaj, minerálky bez oxidu uhličitého, slabé ovocné šťávy.*
- *Pečivo: pouze bílé – veka, rohlíky, netučné moučníky připravené piškotového těsta, doplněné jemným džemem nebo sněhem z bílků (zapečeným).*
- *Přílohy: bramborová kaše (při toleranci mléka, v opačném případě ředěná vývarem z brambor), bramborová rýže, těstoviny, jemný knedlík, rýže.*
- *Maso: pouze libové, telecí, hovězí, vepřové, kuře, kapr, filé; z uzenin pouze šunka (dušená).*
- *Tuky: pouze čerstvé máslo, na pečivo či do pokrmů (až při dokončení).*
- *Sýry: nízkotučné, bez příchuti, netučný tvaroh.*
- *Vejce: v menším množství, samostatně co nejméně, lépe v pokrmech.*

•*Ovoce: syrové pouze banány, meruňkypouze kompotovaé bez slupky, rovněž jablka je nutno podusit zcela do měkka nebo rozmixovat (bez slupek).*

•*Zelenina: žádná syrová, jen mrkev jemně nastrouhaná a dušená, mrkvové pyre* (SOSNA, 2003, s. 24-25).

3.1.2.2 NEVHODNÉ POTRAVINY

•*Nápoje: mléko, kava, kakao, ostré ovocné šťávy, alcohol, coca cola, tonic, nápoje s kysličníkem uhličitým (s bublinkami).*

•*Ovoce: syrové, kompotované s tvrdou slupkou a dužinou (jako hrušky či ananas) nebo se zrníčky (jako jahody, maliny, angrešt, kiwi).*

•*Zelenina: syrová, nakládaná, mražená (salázy sterilované s nálevy), kapusta, zelí i čínské, kedlubny, ředkvičky, pórek, cibule, česnek, rajčata, okurky jak salátové, tak nakládané, květák, křen.*

•*Luštěniny: v jakékoliv úpravě.*

•*Houby: i odvar z hub.*

•*Maso: bůček, lojovaté hovězí, příliš tučné vepřové, uzené, skopové, zvěřina, tučné ryby, vnitřnosti.*

•*Uzeniny: salámy, párky měkké a trvanlivé, klobásy, jitrnice, jelita, tlačenka, paštiky, masové konzervy.*

•*Tuky: lůj, sádlo, škvarky, smetana, šlehačka.*

•*Přílohy: brambory, kynuty knedlík, smažené bramborové hranolky a krokety.*

•*Koření: všechny druhy.*

•*Pochutiny: kečup, hořtice, majonézy, tatarská omáčka, lahůdkářské saláty (bramborový, vlašský apod.), přeslazené pokrmy a konzervované potraviny* (SOSNA, 2003, s. 25-26)

3.1.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

V den před plánovaným výkonem pacient přichází na oddělení, kde je seznámen s jeho řádem a uveden na pokoj. Poté je proveden příjem se sestrou a s lékařem. Lékař sepíše s pacientem anamnézu a souhlasy. Pacient v tento den dostává pouze oběd a poté přibližně do půlnoci může přijímat pouze tekutiny. Výjimkou jsou pacienti s diabetem, kteří večeři dostávají. Zdravotní sestra edukuje pacienta před výkonem a oholí operační pole. Vyprázdnění pacienta před operací probíhá večer ve formě dvou glycerinových čípků, který si pacient zavede sám nebo s dopomocí sestry. U diabetiku se podává po večeři projímavý přípravek Yall. Večer pacient dostává léky dle anesteziologa na uklidnění a navození klidného spánku, dále chronickou medikaci s její eventuální úpravou. V den operace pacient nepřijímá nic per os, pouze zapíjí chronickou medikaci a ranní premedikaci douškem čaje. Pacientovi je provedena bandáž dolní končetiny, která nebude operována. Na operační sál je odvezen dle operačního programu, kde je mu zaveden přístup do žilního řečiště (PŽK) pro intravenózní aplikaci léků. Močový katétr se zavádí u osob starších 65 let a u pacientů podstupující svodnou anestezii (spinální či epidurální) (SOSNA, 2003).

3.2 OPERAČNÍ VÝKON

Operaci provádí operatér s pomocí dvou až tří asistentů. Doba operace se většinou pohybuje mezi jednou až dvěma hodinami, což závisí na mnoha faktorech. Pacient je po celou dobu výkonu uveden do anestezie. U svodné anestezie je utlumeno pacientovo vědomí a vnímání bolesti.

V průběhu výkonu je pacientovi nahrazen kyčelní kloub endoprotézou. Odstraněna je celá poškozená hlavice stehenní kosti, v případě totální náhrady kloubu je odstraněna také postižená chrupavka. Do nově vytvořeného kostního lůžka je upevněná umělá kloubní jamka. Do stehenní kosti je vyhlouben kanál, do kterého je zaveden dřík endoprotézy s hlavicí. Poté je umělá hlavice zakloubena do jamky a vznikne opětovné spojení mezi stehenní kostí a pánví.

Nakonec se rána zašívá, svaly jsou zpětně připevněny stehy ke svým úponům. Pro zamezení vzniku krevního hematomu jsou z rány vyvedeny tři odsavné drény, které odvádí krev z operační rány. Odstraňují se druhý nebo třetí den po výkonu dle krevních zrát.Po skončení operačního výkonu je pacient převezen na jednotku intenzivní péče (JIP), kde je sledován celkový stav pacienta pomocí přístrojové techniky (SOSNA, 2003).

3.3 POOPERAČNÍ PÉČE

První pooperační den sestra převezme pacienta a jeho dokumentaci z jednotky intenzivní péče (JIP). Pacient je převezen na standartní oddělení. U pacienta jsou monitorovány fyziologické funkce dle ordinace lékaře, dále jsou kontrolovány všechny invazivní vstupy (péče o PŽK, průchodnost PMK a odvod Redonových drénů). Důležité je sledovat obvaz operační rány, zda-li neprosakuje. K zamezení případnému zvracení nebo při nauzee jsou aplikovány léky dle ordinace lékaře a je zajištěna poloha pacientovi v polosedě, aby nedošlo k vdechnutí (aspirace) zvratků. Pravidelně je sledována bolest operované končetiny a jsou aplikovany analgetika, ev.opiáty dle ordinace lékaře. Ze začátku je většina léku a infuzí zajišťována intravenózně, v případě pokračování antibiotické léčby se převádí na perorální formu. Po zlepšení celkového stavu je pacientovi dovoleno přijímat tekutiny perorálně, většinou do dvou hodin po operaci. U pacienta je sledován příjem a výdej tekutin za 24 hodin, dostatečná hydratace je u pacienta velice důležitá. Velmi vhodná je časná edukace pacienta o pohybu na lůžku (nekřížit dolní končetiny přes sebe, nevytáčet špičky zevně). Po operaci je pacient zapolohován pomocí polohovatelného lůžka s odlehčením kyčlí. Na operované končetině má nasazenou antirotační botičku pro zlepšení stability nohy. Z důvodu imobilizace je první dva dny po operaci zvýšená péče o kůži a kontrola predilekčních míst. Jsou-li krevní ztráty do drénů přiměřené, je možné je druhý den po výkonu odstranit. Po jejich odstranění z operované končetiny je pacient vertikalizován (nejdřive sed, pak stoj) pomocí fyzioterapeutů. Dále probíhá nácvik chůze o berlích s odlehčováním operované končetiny. Cílem rehabilitace je zlepšení odtoku žilní krve z dolních končetin a rozcvičení pohybu operovaného kyčelního kloubu. Časně po operaci je pacient edukován v průběhu rehabilitace o zásadách chování po operaci. Jako prevence proti tromboembolické nemoci se provádí bandážování

operované končetiny a aplikace nízkomolekulárního heparinu – Clexanu či Fraxiparinu. (SOSNA, 2003).

3.4 PŘEDOPERAČNÍ FYZIOTERAPIE

Předoperační rehabilitace je pro pacienta velice důležitá, pacient je edukován a lépe připraven na pooperační období. Pacient poté velice dobře zvládá chůzi o berlích, zná předem rehabilitační postupy a cvičení, je schopen spolupráce. Hlavním úkolem v předoperační rehabilitaci je v protahování a relaxaci zkrácených svalových skupin, posílení oslabených svalů (především gluteálních a břišních), a v opětovné reedukaci (extenze a abdukce kyčle) a nácvik pohybových stereotypů. Nácvik pohybových stereotypů je důležitý pro pooperační rehabilitaci. Obsahuje nácvik sedu, přetáčení na bok s polštářem mezi koleny, nácvik stoje a chůze o berlích bez zatížení operované končetiny. Dále používání dechové gymnastiky mezi jednotlivými cviky (DUNGL,2005).

3.5 POOPERAČNÍ FYZIOTERAPIE

Hlavním úkolem pooperační rehabilitace je vertikalizace pacienta a nácvik samostatné chůze o podpažních berlích bez zátěže operované končetiny a nácvik sebeobsluhy. Watson-Jonesův přístup, který se nejčastěji používá, napomáhá zlepšit funkci gluteálních svalů a zevních rotátorů. Nepříznivým faktorem pro pacienta je oslabené gluteální svalstvo. Během operačního výkonu dochází k poškození vazivových a svalových stabilizátorů, proto je stabilita umělého kloubu zhoršená a závislá na jejím postavení a pevnosti sutury iliotibiálního traktu a stehenní fascie. Zlepšení stability umožňuje zvýšená tvorba vaziva v kloubním prostoru. V této době je zvýšené riziko luxace, proto je nutné eliminovat tzv. zakázané pohyby (zevní rotace, abdukce, flexe nad 90°C) a informovat o nich včas pacienta (DUNGL,2005).

1.pooperační den

- je zaměřený na dechová cvičení
- procvičování neoperovaných končetin, včetně natahovače lokte (velký význam při chůzi o berlích).
- procvičování hlezenního kloubu a prstů u nohy

2.-3. pooperační den

- aktivní cvičení v kloubu (flexe do 90 stupňů s abdukcí a vnitřní rotací)
- sed na lůžku se svěšenýma nohama
- postupná vertikalizace pacienta

4.-5. pooperační den

- Zahradníčkův závěs – pro lepší relaxaci operované kočetiny
- přetáčení na zdravý bok s molitanovým čtvercem mezi končetinami

6.-7. pooperační den

- cvičení vleže na břiše s izometrickým cvičením gluteálních svalů a m. Quadriceps
- flexe a extenze v kolenním kloubu
- vnitřní rotace v sedě

8.-12. pooperační den

- nácvik chůze po schodech
- nácvik sezení na WC a na židli
- chůze po nerovném terénu

13.-14. pooperační den

- samostatná chůze
- pacient propuštěn domů nebo do následné rehabilitační péče
- edukován o pohybovém režimu (DUNGL, 2005; HROMÁDKOVÁ, 2002).

3.6 REHABILITAČNÍ TECHNIKY

3.6.1 CVIKY NA ZÁDECH

1.Cvik - „pata špička“
Pacient leží na zádech a přitahuje špičku chodila k sobě a od sebe.

2. Cvik - Flexe v kyčli a v koleni
Poloha v leže na zádech, maximální ohyb kyčelního a kolenního kloubu, který nesmí bolet, pata zůstává po celou dobu cvičení na podložce.

3. Cvik - Aktivní abdukce
Poloha opět v leže na zádech. Pacient sune obě končetiny najednou do strany do maximálního unožení. U operované končetiny se nesmí vytáčet špička ven (SOSNA, 2003).

3.6.2 CVIKY NA BŘIŠE

Pacient je vleže na břiše v lehkém roznožení dolních končetin. Zatíná hýždě k sobě a od sebe. Svírání hýždí se drží 5 sekund a poté se 5 sekund odpočívá (SOSNA, 2003).

3.6.3 CVIKY V SEDĚ

Při posazování pacienta, je důležité se zaměřit na jeho rovnováhu a stabilitu trupu. Ze začátku po dlouhé imobilizaci může sed pacientovi činit obtíže. Rehabilitace se provádí na vysoké židli nebo lůžku. Při sedu by měl být sklon kyčelního kloubu do pravého úhlu, tj. 90 stupňů, celé stehno podložené sedákem (SOSNA, 2003).
1. cvik - vsedě se cvičí izometrické zatnutí hýžďového svalstva
2. cvik - krčení a natažení kolenního kloubu
3. cvik - natažení kolena a přítah špičky a poté její uvolnění
4. cvik - kroužení chodidlem v kotníku oběma směry

3.6.4 NA ŽIDLI

Zásady sedu na židli jsou:

- stabilní vyšší židle s pevným opěradlem a s opěrkami na rukou
- při dosedu se pacient opírá rukama o opěrky a přitom natahuje operovanou končetinu
- ZÁKAZ! Předklánění na židli, překřižování nohou přes sebe.

3.6.5 CHŮZE

První vertikalizace pacienta probíha v chodítku 3. den po operaci. Při chůzi v chodítku pacient nezatěžuje operovanou končetinu stejně jako u podpažních berlích. Další dny se učí s fyzioterapeutem chůzi o podpažních berlích. *Obě berle předsuňte před sebe a vzepřete se na nich. Důležité je váhu těla přenést dlaněmi na madla a ne se zavěsit do podpažních berlí. Operovanou končetinou vykročte mezi berle, ale nezatěžujte ji. Přisuňte neoperovanou končetinu a přeneste na ni zátěž* (SOSNA, 2003, s. 36). Jestliže pacient zvládá chůzi o podpažních berlích, přechází na chůzi o francouzských holích. Zatěžování operované končetiny při chůzi závisí na operatérovi a na základě rtg vyšetření, které je provedeno po 6 týdnech od operace. Pacient smí plně zatěžovat operovanou končetinu po 3-6 měsících s použitím jedné francouzské hole, později i bez ní. Na delší vzdálenosti je pacientovi doporučena chůze o jedné francouzské holi (HROMÁDKOVÁ, 2002).

3.6.6 CHŮZE DO SCHODŮ A ZE SCHODŮ

Vždy se začíná neoperovanou končetinou jak při chůzi do schodů, tak ze schodů, na kterou pacient přenese váhu a přisune operovanou končetinu.

- přesunutí berlí o schod níže
- přísun operované končetiny a vzepření do berlí
- spuštění a zatížení neoperované končetiny (SOSNA, 2003).

4. NÁVRAT PACIENTA DO NORMÁLNÍHO ŽIVOTA

Po dvou až pěti měsících má pacient od operatéra povoleno zatěžovat operovanou končetinu s postupným odkladem berlí (pohyb po bytě), nebo pro pocit jistoty používat jen jednu berli. Je vhodné i nadále dodržovat opatrnost v předklonu nebo při ulehání do lůžka. Návrat do zaměstnání je individuální. Záleží na profesi, kterou pacient vykonává. U manuálních profesí to bývá za 6 měsíců od operace, zatímco do úřednických či manažerských povolaní je návrat do pracovního procesu snadnější (SOSNA, 2003; DUNGL, 2005).

4.1 SEXUÁLNÍ AKTIVITA DO TŘECH MĚSÍCŮ PO OPERACI

Ze sexuálního života po operaci mají pacienti strach a obavy. Je důležité, aby partner pacienta byl ohleduplný v sexuální oblasti. Při sexu je nutné se vyvarovat pokrčení operované dolní končetiny přes pravý úhel v oblasti kyčelního kloubu. Naopak unožení žádné riziko nepřináší.

Vhodné polohy ze strany žen/pacientek:

- poloha na zdravém boku s polštřem mezi koleny
- poloha na břiše
- poloha na zadech s nataženou operovanou končetinou (SOSNA, 2003).

4.2 SPORT

S odstupem šesti měsíců od operace je možné zahájit lehké rekreační sportování. Mezi vhodné sporty patří chůze, plavání, golf nebo jízda na kole. Naopak mezi nevhodné sporty se řadí prudší běh nebo skok, sjezdové lyžování a jízda na koni (SOSNA, 2003).

4.3 JÍZDA V AUTOMOBILE

Jako spolujezdec, může pacient jezdit v autě ihned po propuštění z nemocnice, avšak jako řidič je doporučováno nejdříve za tři měsíce po operaci. Jestliže má auto nízko sedáky, je vhodné použít polštář na sedadlo. Nástup do vozidla je podobný jako při uléhání do lůžka. Důležité je, aby pacienti výrazně neohýbali operovanou kyčel (SOSNA, 2003).

5 ZÁKLADNÍ PRAVIDLA PRO PACIENTY V DOMÁCÍ PÉČI

Tato pravidla jsou určena pro pacienty do prvních třech měsíců po operaci. Je důležité věnovat jim pozornost a dodržovat je, pacienti se tak mohou vyhnout komplikacím po operaci. Antonín Sosna udává:

1. *Spěte na pevném, rovném lůžku.*
2. *Střídejte chůzi, sed a leh. Věnujte pozornost únavě a nepřeceňujte své síly.*
3. *Přizpůsobte si výšku pracovní židle, nesedejte si do hlubokých křesel. Na obyčejnou židli sedejte pouze s polštářem. Nekřižte nohy pod sebe.*
4. *Při sezení na židli obě chodidla spočívají celou ploskou na zemi, kolena jsou mírně od sebe.*
5. *Několikrát denně cvičte.*
6. *Používejte i doma pevnou obuv s pevnou patou. Nepoužívejte papuče či pantofle.*
7. *Vleže na zdravém boku vkládejte mezi kolena pevný polštářek.*
8. *Neodkládejte berle, pokud to nedovolí Váš lékař, dodržujte jím doporučenou zátěž operované končetiny. Ztratíte-li však rovnováhu a hrozí vám pád, raději došlápněte na operovanou končetinu.*
9. *Dvakrát denně ležte cca 30 minut na břiše.*
10. *Nenechte se nikým vyprovokovat k extrémním výkonům. Na schodech se věnujte chůzi a s nikým se nebavte. Zabráníte tak případné ztátě rovnováhy a pádu. Neposkakujte.*
11. *Význam plavání je přeceňován. Pro posílení svalstva je výhodnější a účinnější svičení na suchu. V blízskosti plaveckých bazénů buďte opatrní a pozorní (pozor na uklouznutí).*
12. *Nespěchejte, chraňte se pádu. Odstraňte doma všechny volně ležící předložky a rohožky.*
13. *Pravidelně si kontrolujte technický stav Vašich berlí (matičky, protiskluzné nástavce).*

14. *Oblékání ponožek v prvních týdnech po operaci nechte na druhých, nebo užijte oblekač ponožek. Později si oblékejte ponožky a zavazujte tkaničky s velkou opatrností. Při obouvání bot užívejte dlouhou lžíci.*
15. *Dodržujte doporučení lékaře o prevenci tromboebolické nemoci. Používejte zdravotní punčochy nebo elastická obinadla do špček prstů nad koleno* (SOSNA, 2003, s. 57).

Trvale platná doporučení

Tato doporučení se tykají všech pacientů po operaci totální endoprotézy kyčle po celý život.

16. *Při těžkých infekcích, operacích a invazivních vyšetřeních prevetivně užívejte antibiotika. Pro informaci ošetřujících lékařů slouží přiložený průkaz o antibiotické prevenci.*
17. *Nenoste zvlášť těžká břemena (dvoukiloý nákup stačí).*
18. *Netrénujte vytrvalostní chůzi, ani zbytečně nejzděte na rotopedu.*
19. *Nezapomínejte na pravidelné roční kontroly u Vašeho ortopéda, i když nemáte žádné obtíže.*
20. *Při obtížích vyhledejte lékaře (náhle vzniklá, nová bolest; zarudnutí či sekrece v jizvě; zkrat končetiny; omezení pohyb;, horečky) nebo své obtíže alespoň konzultujte telefonicky* (SOSNA, 2003, s. 58).

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je metoda, která poskytuje ošetřovatelskou péči. Používá se k posouzení stavu pacienta, rodiny či komunity k plánování, realizaci a hodnocení ošetřovatelské péče. Cílem této metody jsou preventivní opatření a odstranění ošetřovatelských problémů nebo jejich zmírnění. Má individuální přístup k potřebám pacienta. Ošetřovatelský proces obsahuje pět fází – posouzení, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení. (MAREČKOVÁ, 2006).

Ošetřovatelský proces byl aplikován u pacientky po operaci totální endoprotézy kyčle, která byla přijata 3.2.2014 na 1. stanici 1. Ortopedické kliniky ve Fakultní nemocnici v Motole pro progredující, několikaleté, noční a klidové bolesti pravého kyčelního kloubu. U pacientky byla aplikována ošetřovatelská péče od prvního pooperačního dne po dobu pěti dnů (5.2–9.2.2014). V den přijetí pacientka přichází z přijímací kanceláře, kde byla přijata sestrou. Poté přišla na standartní lůžkové oddělení, kde bylo o ní postaráno zdravotnickým personálem, který jí ukázal pokoj a lůžko. Pacientka byla seznámena s řádem oddělení. V průběhu dopoledne byl s pacientkou udělán příjem s lékařem, který jí vysvětlil průběh operace a všechna možná rizika. V odpoledních hodinách byla pacientka edukována sestrou v rámci předoperační přípravy. Pacientce bylo oholeno operační pole. Od oběda mohla přijímat pouze tekutiny a to do půlnoci. Večer byly pacientce podány léky dle anesteziologa na uklidnění a navození klidného spánku, ev. chronickou medikaci.

V den operace pacientka nesměla přijímat nic per os, pouze zapila chronickou medikaci a premedikaci dle anesteziologa. Pacientce byla udělána bandáž dolní končetiny, která byla následně operována. Na operační sál byla odvezena dle operačního programu, kde jí byl zaveden přístup do žilního řečiště (PŽK) pro intravenózní aplikaci léků. Dále jí byl zaveden močový katétr. Po byla pacientka převezena na jednotku intenzivní péče (JIP), kde byl sledován její celkový stav.

První pooperační den byla přivezena z JIP na standartní oddělení. Byly u ní monitorovány fyziologické funkce, bilance tekutin. Dále byl sledován obvaz rány a odpady z Redonových drénu. Pacientka byla zapolohována pomocí polohovacího lůžka s pokrčenými koleny. Bolest byla tišena analgetiky dle ordinace lékaře. Druhý pooperační

den byly pacientce odstraněny Redonovy drény a rána byla převázána. Poté byla pacientka vertikalizována (nejdříve sed, pak stoj) v chodítku s fyzioterapeutem. I nadále u ní byla sledována bolest.
Třetí a čtvrtý den po operaci byl u pacientky aplikován nácvik chůze o podpažních berlích. Pátý pooperační den byla u pacientky chůze o podpažních berlích dobře zvládána.

6.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Důvod přijetí:

66-ti letá pacientka byla hospitalizována dne 3.2.2014 na 1. stanici 1. Ortopedické kliniky ve Fakultní nemocnici v Motole k plánovanému výkonu pro náhradu totální endoprotézy kyčelního kloubu z důvodu progredující, několikaleté, noční a klidové bolesti pravého kyčelního kloubu.

Identifikační údaje:
Pohlaví: žena
Věk: 66 let
Stav: vdaná
Zaměstání: důchodce
Datum přijetí: 3. 2. 2014
Medicínská diagnóza: TEP coxae I. dx.
Medicínské diagnózy vedlejší: esenciální hypertenze
Den hospitalizace: 3
Pooperační den: 1

Vitální funkce při přijetí:

TK: 145/90

P: 72

D: 16

TT: 36.5

Výška: 165

Váha: 70

BMI: 26

Rodinná anamnéza

Matka: zemřela na cévní mozkovou příhodu

Otec: zemřel na akutní Infarkt Myokardu

Sourozenci: sestra

Děti: syn a dcera

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: pacientka prodělala běžná dětská onemocnění, nyní se léčí s hypertenzí

Hospitalizace a operace: tato operace je její první, nynější hospitalizace je její druhá, poprvé byla hospitalizována kvůli hypertenzi v roce 2007

Úrazy: zlomenina levého předloktí v dětském věku

Očkování: běžné

Farmakologická anamnéza:

Chronická medikace:

Recoxa 1-0-0 *(antirevmatikum, antiflogistikum)*

Vitacalcin 0-0-1 *(mineralium, kalcium)*

KCL 0-1-0 *(kalciový přípravek)*

Tarka 1-0-0 *(antihypertenzivum, ACE inhibitor a blokátor kalciových kanálů)*

Medikace za hospitalizace:

Intravenózní:

Cefuroxim Kabi 1g a 12 hod. *(širokospektré antibiotikum)*

Infuze:

G 10% 500 ml + 12 j HMR + 20 ml 7,45 KCL (r = 200 ml/h)

R 1/1 500 ml + 2 amp. Oxantil (r = 200 ml/h)

Intramuskulární:

Novalgin 1 amp. a 6 hod. *(analgetikum)*

Morphin 10 mg1 amp. a 4 hod. *(opiát)*

Per rectum:

glycerínové čípky *(laxativum)*

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: jahody

Abúzus: nekuřák, alkohol příležitostně, 1 x denně káva

Gynekologická anamnéza:

Menarché: 12

Cyklus: pravidelný

Trvání: 5-7 dní

Intenzita, bolesti: silné krvácení provázené bolestmi

Abortus: 0

UPT: 0

Porod: dva, fyziologické

Antikoncepce: 0

Menopauza: od 50. roku

Potíže klimakteria: náladovost

Samovyšetření prsou: provádí každý měsíc

Poslední gynekologická prohlídka: před rokem

Sociální anamnéza:

Stav: vdaná

Bytové podmínky: bydlí s manželem v rodinném domě

Vztahy, role a interakce v rodině: vztahy dobré, zastává roli babičky, má tři vnoučata

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: pacientka je přátelská a optimistická

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: střední škola s maturitou

Pracovní zařazení: důchodce, po celý život pracovala jako prodavačka

Ordinovaná vyšetření:

- EKG, RTG srdce a plic, předoperační a pooperační RTG
- odběry krve – hematologie, biochemie, koagulace
- odběry moče
- kontrola TK, P

6.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE KONCEPČNÍHO MODELU MARJORY GORDON

Pro zpracování ošetřovatelského procesu jsem zvolila model Marjory Gordon „Model funkčních vzorců zdraví“.

Pacientku jsem si vybrala na 1.stanici 1. Ortopedické kliniky ve Fakultní nemocnici Motol v Praze. Data byla zpracována s jejím souhlasem 5.2.2014.

6.2.1 ŽIVOTOPIS MARJORY GORDON

Základní ošetřovatelské vzdělání získala na Mount Sinai Hospital School of New Yorku, poté studovala bakalářské a magisterské studium na Unter College of the City University v New Yorku. Doktorandskou práci z pedagogické psychologie na téma diagnostické hodnocení obhájila na Boston College. V roce 1974 indentifikovala 11 okruhů vzorců chování. Model funkčních vzorců zdraví publikovala v roce 1987. Byla profesorkou a koordinátorkou ošetřovatelství dospělých na Boston College, Chesnut Hill. Stala se prezidentkou NANDA (North American Nursing Diagnostic Association), kterou byla až do roku 2004. Dále se věnuje výzkumu v oblasti ošetřovatelských diagnóz a plánování ošetřovatelské péče (PAVLÍKOVÁ, 2006).

6.2.2 OBSAH A KONCEPCE MODELU

Cílem ošetřovatelství je zdraví, zodpovědnost jedince za své zdraví a rovnováha bio-psycho-sociálních potřeb člověka. Pacient/klient by měl být brán jako holistická bytost s biologickými, psychologickým, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami. Do role sestry patří získávat informace v jednotlivých oblastech vzorců zdraví (pozorování, rozhovorem, fyzikálním vyšetřením) a rozbor získaných informací. Sestra určuje funkční či dysfunkční vzorce zdraví při kontaktu s pacientem (ARCHALOUSOVÁ, 2005; TRACHTOVÁ, 2003).

6.2.2.1 VZORCE

Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetřovatelské údaje v objektivní i subjektivní podobě. Strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, označených jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být funkční či dysfunkční. Funkční typ zdraví obsahuje biologické, vývojové, kulturní, sociální a duchovní faktory pacienta. Dysfunkční typ zdraví je charakteristický pro vytvoření ošetřovatelských diagnóz a stanovení ošetřovatelského plánu (ARCHALOUSOVÁ, 2005; TRACHTOVÁ, 2003).

Dvanáct vzorců zdraví podle M. Gordon (ARCHALOUSOVÁ, 2005)

1. Vnímání zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita a cvičení
5. Spánek a odpočinek
6. Vnímání a poznání
7. Sebepojetí a sebeúcta
8. Role – vztahy
9. Sexualita
10. Stres
11. Víra, životní hodnoty
12. Jiné

1.Vnímání zdraví

Nynější hospitalizace je její druhá, poprvé byla hospitalizována kvůli hypertenzi v roce 2007. Prodělala běžná dětská onemocnění, očkována byla, stomatologické a preventivní prohlídky navštěvuje pravidelně. Uvádí, že asi 2x za rok onemocní chřipkou. Dne 3. 2. 2014 byla přijata na 1. Ortopedickou kliniku 1. stanici k plánovanému výkonu pro náhradu totální endoprotézy kyčle z důvodu progredující, několikaleté, noční a klidové bolesti pravého kyčelního kloubu, kde je konzervativní léčba již bez efektu. Operace proběhla 4. 2. 2014 v celkové anestezii bez komplikací. Nyní je pacientka 1. den po operaci, byla přivezena z JIP, cítí se dobře. Nauzea a zvracení nejsou, bolesti jsou přiměřené (intenzita 4 na numerické škále bolesti). Pacientka je edukována o správné poloze operované končetiny a o rizikových pohybech.

2. Výživa a metabolismus

Doma se pacientka stravuje pravidelně. Chuť k jídlu má normální, avšak v nemocničním prostředí jí moc nechutná. Pitný režim je přiměřený, asi 1,5 – 2 litry denně. Alkohol pije zcela výjimečně, ve malé míře. Kožní turgor je v normě, stav nehtů a vlasů je také v normě, Norton scóre je hodnoceno 19 b. Výška pacientky je 165 cm a váha je 70 kg. Výsledek BMI z těchto biometrických údajů činí 26, což je již považováno za nadváhu. Obvaz rány neprosakuje, okolí rány je klidné, bez zarudnutí. Z rány jsou vyvedeny tři Redonovy drény, které odvádí přiměřeně. PŽK je zaveden v pravé horní končetině, nejeví známky infekce.

3. Vylučování

Pacientka má zavedený PMK, který odvádí čirou moč, která je bez příměsí. Bilance tekutin je v normě. U pacientky je sledován příjem a výdej tekutin za 24 hodin. Pálení či řezaní v okolí močové trubice neuvádí. Od operace pacientka nebyla na stolici, větry však odcházejí a břicho je měkké. Poslední stolice byla den před operací. Doma má vyprazdňování stolice pravidelné. Nyní pacientka udává časté nucení na stolici, ale z důvodu imobilizace po operaci a studu odmítá použití podložní mísy. Zvýšeně se nepotí.

4. Aktivita, cvičení

Aktivně nikdy nesportovala. Chodí na krátké procházky do parku v blízkosti svého domova. Po operaci potřebuje dopomoc při každodenních činnostech (polohování, oblékání, hygiena, stravování). Hodnocení soběstačnosti podle testu Barthelové je 45 b (středně závislý). Vertikalizace a následná rehabilitace začíná 2. pooperační den. Pacientka není pasivní, snaží se spolupracovat.

5. Spánek a odpočinek

Ráda relaxuje u četby knih, nebo sledováním televizních dokumentů o přírodě. Pacientka udává, že doma spí dobře, občas se v noci probouzí. Chodí spát kolem 22. Hodiny a probouzí se kolem 7. hodiny ranní. V průběhu hospitalizace udává zhoršený spánek z důvodu bolesti a zhoršené adaptace na cizí prostředí. Po nedostatečném spánku v noci občas pospává během dne.

6. Vnímání a poznání

Pacientka je plně orientovaná osobou, místem, časem a prostorem. Plně spolupracuje, je schopna edukace. GCS je 15 bodů. Obtíže se sluchem nemá. Používá brýle pouze na čtení. Je přesně informována o svém aktuálním zdravotním stavu, o průběhu hospitalizace, a také o následné rekonvalescenci. Nyní udává bolesti střední intenzity (intenzita 4 na numerické škále), které jsou tlumeny analgetiky dle ordinace lékaře a nefarmakologickými postupy, mezi které patří polohování a ledování.

7. Sebepojetí a sebeúcta

Pacientka se považuje za optimistku. Žádné stavy úzkosti neudává, ani nebyly během hospitalizace žádné zpozorovány.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí v rodinném domku s manželem, ráda chodí na procházky, stará se o svou zahrádku a o svá tři vnoučata. Nyní je v důchodu, takže jí zbývá více času na své koníčky, rodinu a přátele.

9. Sexualita, reprodukční období

Menarche ve 12-ti letech. Cyklus byl pravidelný. Menstruační krvácení bylo pravidelné, provázené bolestmi. Měla dva fyziologické porody. Má syna a dceru. Během svého života pacientka neprodělala žádné gynekologické operace. Menopauza pacientce začala v 50. letech. Během klimakteria pacientka udávala, že mezi její největší obtíže patřila náladovost. Samovyšetření prsou si provádí každý měsíc s obavami výskytu zhoubného nádoru. Na poslední gynekologické prohlídce byla před rokem.

10. Stres, tolerance, zátěžové situace, jejich zvládání

Po celý život neměla pacientka problémy se zvládáním zátěžových situací. Jak sama udává je „ dítětem „štěstěny“. Před operací byla pacientka mírně nervózní. Měla obavy z průběhu hospitalizace, se související bolestí po operaci a dlouhodobé rehabilitace. Nyní je pacientka 1. den po operaci, je ráda, že to má za sebou. Díky svému optimismu strach neudávala.

11. Víra, životní hodnoty, přesvědčení

Je nevěřící. Důležitá je pro ni rodina a přátele. Za nejdůležitější hodnotu považuje zdraví.

12. Jiné

Žádné jiné problémy jsem neshledala.

6.3 ZÁKLADNÍ SCREENINGOVÉ FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY

Základní screeningové vyšetření z pohledu všeobecní sestry ke dni 5.2.2014 dle Nejedlé:

Celkový stav pacienta: pacientka při vědomí GCS 15 bodů (Glasgow coma scale),orientována, schopna edukace, orientovaná (místem, časem, osobou) komunikace bez problémů, řeč plynulá, držení těla asymetrické. Výška 165 cm, váha 70 kg, pulz 72/min. (pravidelný, plný); krevní tlak 145/90 mm Hg, tělesná teplota 36,5 °C, dech 16/min.
Hlava: normocefalická, nebolestivá; oči ve středním postavení; spojivky růžové, skléry bílé, bez známek ikteru, zornice isokorické; rty růžové, bez známek cyanózy; jazyk vlhký, plazí ve střední čáře; chrup sanován
Smyslová omezení: brýle na čtení
Krk: krční páteř dobře pohyblivá, pulzace karotid oboustranně zvětšená, náplň krčních žil zvýšená, štítná žláza a krční uzliny nezvětšeny
Hrudník: symetrický, prsy bez hmatné rezistence, akce srdeční pravidelná
Plíce: poklep jasný, sklípkové dýchání
Břicho: nebolestivé, peristaltika v normě
Dolní končetiny: bez otoků, bez varixů, bez známek zánětu
Kůže: normální, bez známek zánětu a vyrážky, hydratována
Invazivní vstupy: PŽK zaveden v pravé horní končetině (druhý den); PMK č. 16 zaveden v den před operací; operační rány jsou vyvedeny tři Redonovy drény
Dietní opatřeni: dieta číslo 3 (racionální)
Pohybový režim: pouze na lůžku
Rozsah pohybu kloubů: omezená rotace, addukce, abdukce, křížení operované končetiny
Svalová tuhost/pevnost: dostatečná
(NEJDELÁ, 2006).

6.4 SITUAČNÍ ANALÝZA

Dne 5.2.2014 1. pooperační den, pacientka byla přivezena z JIP okolo 9:00 hodiny ranní. Kontrola fyziologických funkcí je provedena ihned po příjezdu na standardní oddělení. U pacientky je sledován obvaz rány a odpady ze tří Redonových drénů. Pacientka byla zapolohována pomocí polohovacího lůžka s mírně pokrčenýma kolenama. Na operované končetině má antirotační botičku, která zabraňovala nesprávné poloze. Byla edukována o správné poloze (viz nevytáčet špičku operované končetiny ven, nepřekřižovat končetiny). Pacientka udávala bolest s číslem 4 na numerické škále bolesti. Byla pravidelně monitorována bolest pacientky a tišena analgetiky dle ordinace lékaře. Měla zavedený PMK č. 16 a byl sledován příjem a výdej tekutin. PŽK byl zaveden v pravé horní končetině.

Použité hodnotící škály ke dni 5. 2. 2014

- GCS: 15 bodů (norma)
- BMI: 26 (nadváha)
- Skóre Norton: 19 bodů (riziko vzniku dekubitů)
- Numerická škála bolesti: 4
- Test Barthelové: 45 bodů (středně závislý)

6.5 ROZDĚLENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE I

Ošetřovatelské diagnózy byly sestaveny na základě rozhovoru s pacientkou a s použitím Kapesního průvodce zdravotní sestry Taxonomie I (DOENGES; MOORHOUSE. 2001).

6.5.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Bolest akutní v souvislosti s operačním výkonem projevující se bolestivými grimasy a verbalizací pacienta.

Pohyblivost porušená související s neuromuskulárním/kosterním postižením projevující se neschopností pohybu, omezeným rozsahem hybnosti, zhoršeným ovládáním svalů.

Spánek porušený související s neznámým místem na spaní a bolestí projevující se únavou, podrážděností a častým buzením.

Tkáňová integrita porušená v souvislosti s operačním výkonem projevující se poškozením tkáně.

6.5.2 POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Infekce, riziko vzniku v souvislosti s invazivním vstupem PŽK

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedením PMK

Infekce, riziko vzniku v souvislosti s operační ránou

Zácpa, riziko vzniku související s zhoršenou pohyblivostí a obtížnou defekací

6.6 ROZPRACOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Bolest akutní v souvislosti s operačním výkonem projevující se bolestivými grimasy a verbalizací pacienta.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka je bez bolesti do ukončení hospitalizac
Cíl krátkodobý: Pacientka cítí úlevu od bolesti do 1 hodiny (podle numerické škály bolesti klesne z intenzity 3 na intenzitu 0)

Výsledná kritéria:

- pacientka verbálně sdělí, zmírnění bolestí (0 - 3) po aplikaci analgetik do 30 min
- pacientka zná numerickou škálu bolesti (0 - 10) do 1 hodiny
- pacientka umí využívat relaxační techniky zmírnění bolestí do 1 hodiny
- pacientka zná úlevové polohy do 1 hodiny

Plán intervencí od 5.2.2014 do 9.2.2014:

- posuzuj bolest znovu, kdykoliv se objeví denně – všeobecná sestra
- proveď pravidelný záznam o bolesti do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra
- edukuj pacienta o analgezii a správné poloze denně – všeobecná sestra
- sleduj charakter a intenzitu bolesti pomocí numerické škály bolesti denně – všeobecná sestra
- sleduj fyziologické funkce pacientky denně – všeobecná sestra
- podávej analgetika dle ordinace lékaře na pacientovo vyjádření – všeobecná sestra

Realizace od 5.2.2014 do 9.2.2014

Dne 5.2.14

První pooperační den okolo 9:00 hodiny ranní byla pacientka přivezena z JIP na standardní oddělení. Kontrola fyziologických funkcí je provedena ihned po příjezdu. Měla zavedeny tři Redonovy drény. Pacientka byla zapolohována pomocí polohovacího lůžka s mírně pokrčenýma kolenama. Na operované končetině měla antirotační botičku, která zabraňovala nesprávné poloze. Byla edukována o správné poloze (viz nevytáčet špičku operované končetiny ven, nepřekřižovat končetiny). Pacientka udávala bolest s číslem 4 na numerické škále bolesti. Bolest byla pravidelně monitorována. Sledována intenzita a charakter bolesti, verbální a neverbální projevy pacientky. Byly podány analgetika Perfalgan 1 g i.v. v 11:00 dle ordinace lékaře. Po 30 minutách byl zhodnocen účinek analgetik, pacientka udávala bolest s číslem 2. V odpoledních hodinách se bolest u pacientky opět vrátila na číslo 4 na numerické škále bolesti. Podán Novalgin 1amp. i.v. ve 100 ml fyziologického roztoku, v 15:00 byla operační rána ledována dle ordinace lékaře. Intenzita bolesti byla zmírněna na číslo 2 na numerické škále bolesti.

Dne 6.2 a 7.2.14.

Druhý den po operaci byly pacientce odstraněny Redonovy drény. Po odstranění drénů bolest udávala mezi číslem 4-5 na numerické škále bolesti, po podání analgetik 1amp. Novalginu i.m. se bolest zmírnila na číslo 2. Pacientka je vertikalizována (nejdříve sed a pak stoj) pomocí fyzioterapeutů, pacientce bylo doporučeno podávání analgetik před každou rehabilitací.

Dne 8.2.14

Pacientka udávala bolest pouze v rámci rehabilitace, její bolest byla s číslem 3 na numerické škále bolesti. Po aplikaci analgetik Novalgin 1amp. i.m. se bolest zmírnila na číslo 1. Veškeré intervence byly zapsány do ošetřovatelské dokumentace, včetně přesných časových údajů a s podpisem sestry. Na doporučení zdravotnického personálu si nechávala aplikovat analgetika, vždy před rehabilitací.

Dne 9.2.14

U pacientky došlo ke zmírnění bolesti na číslo 2.

Hodnocení: 9.2.14

Cíl krátkodobý částečně splněn. U pacientky došlo ke zmírnění bolesti. Intenzita bolesti neklesla na předpokládaný stupeň 0. Cíl dlouhodobý přetrvává.

Pohyblivost porušená související s neuromuskulárním/kosterním postižením projevující se neschopností pohybu, omezeným rozsahem hybnosti, zhoršeným ovládáním svalů.

Priorita: Nízká

Cíl dlouhodobý: Pacientka chodí o podpažních berlích bez asistence zdravotnického personálu do 1 týdne

Cíl krátkodobý: Pacientka zvládá techniku chůze a chodí o podpažních berlích s asistencí zdravotnického personálu do 5 dnů.

Výsledná kritéria:

- pacientka zná správné zásady rehabilitace do 2 dnů
- pacientka je plně soběstačná, dle testu Barthelové hodnoceno 95 b do 5 dnů
- pacientka zvládá techniku chůze o podpažních berlích s dopomocí do 5 dnů
- pacientka verbálně sdělí, že se cítí jistá v chůzi do 7 dnů po operaci

Plán intervencí od 5.2.14 do 9.2.14

- posuď stupeň pohyblivosti u pacientky denně – všeobecná sestra
- edukuj pacientku o správné rehabilitaci a používání kompenzačních pomůcek – fyzioterapeut, všeobecná sestra
- dopomáhej pacientce při běžných denních aktivitách – všeobecná sestra, asistenti, ošetřovatelky
- dbej u pacientky na její bezpečnost a prevenci pádu denně – všeobecná sestra, asistenti, ošetřovatelky

Realizace od 5.2.14 do 9.2.14

Dne 5.2.14

Pacientka přivezena z JIP. Z důvodu zavedení třech Redonových drénu byl doporučen klid na lůžku. Byla edukována o správné poloze operované končetiny. U pacientky jsme sledovali obvaz operační rány a odpady z drénu. Aktivně jsme se ptali na bolest. Pečovali jsme o kůži, převážně v oblastech predilekčních míst. Veškeré intervence byly zapsány do ošetřovatelské dokumentace, včetně přesných časových údajů a s podpisem sestry.

Dne 6.2.14

V ranních hodinách byl u pacientky proveden převaz operační rány s odstraněním Redonových drénů. Poté pacientka začala s rehabilitací, nejdříve sed a pak stoj v chodítku s fyzioterapeutem. Pacientka byla edukována o správném použití kompenzačních pomůcek a správném polohování operované končetiny. Veškeré intervence byly zapsány do ošetřovatelské dokumentace, včetně přesných časových údajů a s podpisem sestry.

Dne 7.2.14

U pacientky byl proveden nácvik chůze o podpažních berlí. Jelikož byla pacientka v chůzi nejistá, na noc jí bylo k dispozici chodítko. Byla edukována o užití signalizačního zařízení k přivolání pomoci a následného doprovodu na WC. Veškeré intervence byly zapsány doošetřovatelské dokumentace, včetně přesných časových údajů a s podpisem sestry.

Dne 8.2.- 9.2.14

Pacientka lépe zvládala rehabilitační techniku o podpažních berlích. Cítila se více jistá v chůzi. Zvládla přejít chodbu po oddělení tam i zpět. Veškeré intervence byly zapsány do ošetřovatelské dokumentace, včetně přesných časových údajů a s podpisem sestry.

Hodnocení: 9.2.14

Cíl splněn. Pacientka byla plně soběstačná v rámci chůze o podpažních berlích.

Spánek porušený související s neznámým místem na spaní a bolestí projevující se únavou,podrážděností a častým buzením.

Priorita: Nízká

Cíl dlouhodobý: Pacientka spí minimálně 6 hodiny do 7 dnů.
Cíl krátkodobý: Pacientka se cítí odpočatá do 3 dnů.

Výsledná kritéria:

- pacientka usíná do 30 minut po uložení do postele do 3 dnů
- pacientka spí přes noc bez probuzení 6-7 hodin do 7 dnů
- pacientka umí nalézt vhodnou polohu před spaním do 3 dnů
- pacientka ovládá relaxační techniky, které vyvolávají spánek do 3 dnů
- pacientka zná své spánkové rituály do 2 dnů

Plán intervencí od 5.2 do 9.2.14:

- edukuj pacientku o omezení tekutin před spaním do 1 dne - všeobecná sestra
- edukuj pacientku o omezení čokolády, kofeinu a alkoholických nápojů před spaním do 1 dne – všeobecná sestra
- posuď spánek denně – všeobecná sestra
- sleduj, kdy pacient chodí spát; zjisti jaké má rituály do 2 dnů – všeobecná sestra
- zajisti pacientovi klid a bezpečí před usínáním každý večer – všeobecná sestra
- dopomáhej najít pacientovi vhodnou polohu před usnutím každý večer – všeobecná sestra
- podávej léky na spaní dle ordinace lékaře na slovní vyjádření pacientky denně – všeobecná sestra

Realizace od 5.2 do 9.2.14

Dne 5.2.14

První den po operaci byla pacientka upoutána na lůžko, a to v poloze na zádech kvůli zavedeným Redonovým drenům v operační ráně. Před usínáním si pacientka stěžovala na bolest v oblasti operační rány a zad z důvodu nucené polohy. Subjektivně udávala bolest číslo 5 na numerické škále bolesti. Vzhledem k vyššímu krevnímu tlaku jí byla aplikována anlagetika opiátové řady, 1 amp. Morphinu 10 mg i.m. Po 30 minutách jsme sledovali účinek analgetik. Bolest ze strany pacientky byla hodnocena číslem 3. Pacientce byla nalezena úlevová poloha. Byla edukována o hlášení zvýšení bolesti, která by mohla vzniknout. Veškeré intervence byly zapsány do ošetřovatelské dokumentace, včetně přesných časových údajů a s podpisem sestry.

Dne 6.2.14

Druhý den pacientka udává velkou únavu a bolesti zad z předešlé noci. Svou bolest hodnotila číslem 3 na stupňové škále bolesti. Byla jí aplikována 1 amp. Novalginu i.m. a naordinovány léky na spaní, Neurol 1 mg per os dle ordinace lékaře. Pacientce byly přes den odstraněny Redonovy drény. Nyní se mohla přetáčet na zdravý a mírně také na operovaný bok, což jí umožnilo nalézt vhodnou polohu na spaní. Byla edukována o polohování operované končetiny pomocí polohovacího polštáře, který jí byl postaven mezi kolena. Veškeré intervence byly zapsány do ošetřovatelské dokumentace, včetně přesných časových údajů a s podpisem sestry.

Dne 7.2.-8.2.14

Pacientka spala lépe, cítila se odpočatá. Uměla najít úlevou polohu na boku. Aktivně se hlásila o analgezii a léky na spaní.

Dne 9.2.14

Pátý den po operaci pacientka spala velice dobře, léky na spaní odmítá.

Hodnocení: 9.2.14

Cíl splněn, pacientka se cítí odpočatá, umí nalézt úlevovou polohu ke spánku.

Tkáňová integrita porušená v souvislosti s operačním výkonem projevující se poškozením tkáně.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientce se hojí operační rána per primam do konce hospitalizace
Cíl krátkodobý: Pacientka nejeví známky infekce do 5 dnů

Výsledná kritéria:

- pacientka zná zásady péče o operační ránu do 2 dnů
- pacientka zná možné komplikace u operační rány do 2 dnů
- pacientka zná a dodržuje zásady správného pitného režimu a výživy s dostatkem bílkovin, vitamínů a minerálů do konce hospitalizace
- pacientka sama aktivně provádí prevenci komplikací (RHB, dodržení léčebného režimu) do konce hospitalizace

Plán intervencí od 5.2 do 9.2.14

- edukuj pacientku o zásadách péče o operační ránu první den – všeobecná sestra
- edukuj pacientku o komplikacích a příznacích infekce první den – všeobecná sestra
- kontroluj stav operační rány a denně zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra
- sleduj odvod Redonových drénu z operační rány a denně zaznamenávej množství do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra
- dbej na správnou výživu pacientky s adekvátním příjmem bílkovin, dostatkem vitamínů a minerálů a kontroluj množství přijmuté stravy denně – všeobecná sestra
- postupuj přísně asepticky při převazování operační rány dle potřeby, v případě začervenání, nebo otoku v okolí rány nebo sekretu informuj lékaře – všeobecná sestra
- sleduj laboratorní výsledky a v případě odchýlení od normy informuj lékaře denně – všeobecná sestra

Realizace od 5.2 do 9.2.14

Dne 5.2.14

První den po operaci byl sledován obvaz operační rány a odvod Redonových drénů. Obvaz neprosakoval a drény odváděly přiměřeně. Veškeré intervence byly zapsány do ošetřovatelské dokumentace, včetně přesných časových údajů a s podpisem sestry.

Dne 6.2.14

Pacientce byly odstraněny Redonovy drény z operační rány. Rána byla převázána sterilní plenou. Veškeré intervence byly zapsány do ošetřovatelské dokumentace, včetně přesných časových údajů a s podpisem sestry.

Dne 7.2-9.2.14

Denně byla rána převázána. Operační rána byla bez známek infekce, hojila se per primam. Zvýšená teplota nebyla. Hodnoty laboratorních výsledků byly v normě. Veškeré intervence byly zapsány do ošetřovatelské dokumentace, včetně přesných časových údajů a s podpisem sestry.

Hodnocení: 9.2.14

Cíl krátkodobý splněn, směřuje k naplnění cíle dlouhodobého. Operační rána se hojila bez známek infekce.

Infekce, riziko vzniku v souvislosti s invazivním vstupem PŽK

Priorita: Nízká

Cíl dlouhodobý: Pacientka je bez známek infekce do 3 dnů.
Cíl krátkodobý: Pacientka zná zásady péče o PŽK a komplikace jeho zavedení do 30 minut.

Plán intervencí od 5.2 do 9.2.14

- dodržuj aseptický postup při převazu PŽK a dle potřeby převazu zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace denně – všeobecná sestra
- edukuj pacientku o správných zásadách péče a možných komplikacích se zavedením PŽK ihned – všeobecná sestra
- sleduj stav kůže v okolí vstupu PŽK, popřípadě bolest při aplikaci léků a infuzí denně – všeobecná sestra
- monitoruj tělesnou teplotu u pacientky, pokud je tělesná teplota zvýšená, informuj lékaře denně – všeobecná sestra

Realizace od 5.2 do 9.2.14
Pacientce byl zaveden PŽK na operačním sále v den operace, na pravé horní končetině v loketní jamce.

Dne 5.2.14
Pacientka byla přivezena z JIP. PŽK byl zaveden druhý den. Neudávala bolest při aplikaci léků a infuzí, místo invazivního vstupu bylo klidné. PŽK byl pravidelně před a po aplikaci léků proplachován fyziologickým roztokem a asepticky převazován dle potřeby. Cestou PŽK byly pacientce podávány infuze, analgetika a antibiotika dle ordinace lékaře. Dále jsme pravidelně sledovali výsledky laboratorních testů.

Dne 6.2.14

PŽK byl odstraněn a asepticky ošetřeno místo vpichu. Pacientka již nadále nepotřebovala intravenózní léčbu, poté byla analgetika podávána intramuskulárně a antibiotika perorálně. Veškeré intervence byly zapsány do ošetřovatelské dokumentace, včetně přesných časových údajů a s podpisem sestry.

Hodnocení: 9.2.14

Cíl splněn. Pacientka je bez známek infekce.

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedením PMK

Priorita: Nízká

Cíl dlouhodobý: Pacientka je bez známek infekce během 5 dnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka zná zásady péče a komplikace se zavedením PMK do 30 minut.

Plán intervencí od 5.2 do 9.2.14

- dodržuj aseptický postup při zavedení PMK a zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace denně - všeobecná sestra
- edukuj pacientku o správných zásadách péče a možných komplikacích se zavedením PMK ihned – všeobecná sestra
- zhodnoť a zdokumentuj množství, barvu, zápach a konzistenci moče denně a v případě nesrovnalostí, či změn informuj lékaře – všeobecná sestra
- monitoruj tělesnou teplotu u pacientky, pokud se tělesná teplota zvýší informuj lékaře ihned – všeobecná sestra

Realizace od 5.2 do 9.2.14

5.2.14

Pacientce byl zaveden PMK č.16 v den operace. Po operaci jsme pravidelně kontrolovali množství, barvu, zápach a konzistenci moče. Bilance tekutin byla prováděna do 2.pooperačního dne dle ordinace lékaře. Po celou dobu pacientka neudávala žádné obtíže spojené s PMK.

Dne 9.2.14

Pacientce byl PMK odstraněn. Pacientka byla plně soběstačná a zvládla chůzi o podpažních berlích. Veškeré intervence byly zapsány do ošetřovatelské dokumentace, včetně přesných časových údajů a s podpisem sestry.

Hodnocení: 9.2.14

Cíl splněn. Nedošlo k možné infekci v souvislosti se zavedením PMK.

Infekce, riziko vzniku v souvislosti s operační ránou

Priorita: Nízká

Cíl dlouhodobý: Pacientka je bez známek infekce do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka zná zásady péče a komplikace v oblasti operační rány do 30 min.

Intervence:

- edukuj pacientku o správných zásadách péče a možných komplikací v oblasti operační rány ihned – všeobecná sestra
- dodržuj aseptický postup při převazu dle potřeby – všeobecná sestra
- pravidelně zaznamenávej provedení převazu do ošetřovatelské dokumentace denně - všeobecná sestra
- zhodnoť a zdokumentuj vzhled rány, její okolí a sekrece z rány; v případě nesrovnalostí či změn informuj lékaře – všeobecná sestra

- monitoruj tělesnou teplotu u pacientky; pokud se tělesná teplota zvýší, informuj lékaře ihned – všeobecná sestra

Realizace od 5.2 do 9.2.14

Dne 5.2.14

Byl u pacientky kontrolován převaz a odpady z Redonových drénu.

Dne 6.2.14

U pacientky byl udělán převaz a odstraněny Redonovy drény. Rána byla asepticky ošetřena dezinfekcí a překryta sterilní plenou z důvodu očekáváné sekrece z rány.

Dne 7.2.14

Rána byla opět převázána a zalepena náplastí. Okolí rány bylo klidné, s mírnou krvavou sekrecí.

Dne 8.-9.2.14

Obvaz rány byl suchý. Pravidelně bylo kontrolováno prokrvení operované končetiny a okolí operační rány. Veškeré intervence byly zapsány do ošetřovatelské dokumentace, včetně přesných časových údajů a s podpisem sestry.

Hodnocení: 9.2.14

Cíl splněn. Nedošlo k možné infekci v souvislosti s operační ránou. Rána se hojila per primam.

Zácpa, riziko vzniku související s zhoršenou pohyblivostí, projevující se obtížnou defekací

Priorita: Nízká

Cíl dlouhodobý: Pacientka je bez zácpy do 1 týdne.
Cíl krátkodobý: Pacientka má obnovenou střevní peristaltiku do 3 dnů.

Plán intervencí od 5.2.14 do 9.2.14

- dbej na dostatek soukromí a dle možností pacientky na pravidelnou dobu pro defekaci denně – všeobecná sestra
- zajisti pravidelnou a bohatou stravu s vysokým obsahem vlákniny denně – všeobecná sestra
- sleduj frekvenci, barvu, konzistenci a množství stolice; pravidelně zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace denně – všeobecná sestra
- zajisti pacientce dostatek pohybu denně – fyzioterapeutka, všeobecná sestra
- edukuj pacientku o správném pitném režimu denně– všeobecná sestra
- podávej léky podporující správný chod střevní pasáže dle ordinace lékaře – všeobecná sestra

Realizace od 5.2.14 do 9.2.14

Dne 5.2.14

Pacientka je 1.den po operaci. Od operace pacientka nebyla na stolici. Větry odcházejí, břicho měkké. Pacientka udává časté nucení na stolici, ale z důvodu nynější imobilizace a studu odmítá použití podložní mísy. Množství přijmuté stravy byl nižší z důvodu pocitu plnosti. Příjem tekutin byl v normě.

Dne 6.2.14

Druhý den po operaci pacientka začala s rehabilitací. S dopomocí fyzioterapeutů si pacientka v chodítku došla na WC. Pokus o vyprázdnění se nezdařil. Byly aplikovány dva glycerínové čípky per rectum dle ordinace lékaře. Výsledkem byl odchod stolice s minimálním množstvím.

Dne 7.2.14

Pacientka byla schopná si dojít v chodítku na WC s dohledem zdravotnického personálu. Vzhledem ke zvýšené aktivitě od operace se již vyprázdnění zdařilo.

Dne 8.2-9.2.14

Pacientka chodila na WC pravidelně každý den. Veškeré intervence byly zapsány do ošetřovatelské dokumentace, včetně přesných časových údajů a s podpisem sestry.

Hodnocení: 9.2.14

Cíl splněn. Pacientka měla od 3.pooperačního dne pravidelnou stolici každý den.

ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

U pacientky byla aplikována ošetřovatelská péče od prvního pooperačního dne po dobu pěti dnů (5.2–9.2.2014). Po dobu její hospitalizace jsem se snažila splnit všechny dané cíle, které jsem si stanovila na základě ošetřovatelských diagnóz. V oblasti bolesti byl cíl splněn pouze částečně. U pacientky nedošlo ke zmírnění bolesti na požadovaný stupeň 0. Intenzita bolesti byla hodnocena číslem 2 na numerické škále. Operační rána byla hojena per primam. U všech invazivních nedošlo k rozvoji infekce. Během pěti dnů se soběstačnost podle Barthelové zvýšila na 95 bodů. Pacientka se naučila zvládat chůzi o podpažních berlích sama bez pomoci zdravotnického personálu.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pro sestry (zdravotníky):

Mezi všeobecná doporučení pro sestry v péči o pacienty po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu patří edukace o zdravém životním stylu - zdravé životosprávě, o správném pohybu po operaci a zásadách v domácí péči (viz str. 29-30). Tyto zásady by měly být pacientovi několikrát zopakovány. Po celou dobu hospitalizace by sestra měla být pacientovou oporou po psychické i fyzické stránce. Dále by měla umět poskytovat pacientovi a jeho rodině praktické rady. Umět odpovídat na otázky, kterým pacienti nerozumí a na které se často ptají. Pro sestru by měla být důležitá zpětná vazba, zdali pacient všemu rozuměl.

Pro pacienta a rodinu:

Po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu je pro pacienty nejdůležitější, aby si osvojili pravidla v domácí péči, a to do konce života. Důležitá je podpora ze strany rodiny. Vhodné je upravit domácí prostředí tak, aby se mohl pacient pohybovat bez omezení a nutné pomoci (nástavec na WC, sedátko do vany, sprcha – s madlem a protiskluznou podložkou, židle a křesla vhodné výšky). Pro zjednodušení sebeobsluhy je vhodné používat dlouhou obouvací lžící, podavač věcí ze země, oblékač ponožek.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá specifiky ošetřovatelské péče o pacienta po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části byly popsány druhy operací, předoperační příprava a pooperační péče s následnou rehabilitací. V praktické části byl použit model dle Marjory Gordon pro zpracování ošetřovatelského procesu u pacientky, která byla hospitalizovaná dne 3.2.2014 na 1. stanici 1. Ortopedické kliniky ve Fakultní nemocnici v Motole k plánovanému výkonu pro náhradu totální endoprotézy kyčelního kloubu z důvodu progredující, několikaleté, noční a klidové bolesti pravého kyčelního kloubu. Dle získaných informací od pacientky, její rodiny a ze zdravotnické dokumentace byly pomocí Kapesního průvodce zdravotní sestry Taxonomie I stanoveny ošetřovatelské diagnózy. U jednotlivých ošetřovatelských diagnóz byly určeny cíle, priority a výsledná kritéria. Následně byl zpracován ošetřovatelský plán, popsána realizace a konečné vyhodnocení.

Cílem této práce bylo shrnout základní i specifické informace týkající se totální endoprotézy kyčelního kloubu. Tento text může sloužit jako zdroj informací pro studentky a studenty oboru všeobecná sestra a pro sestry z praxe, které se s touto problematikou setkávají.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAMUS, M. 2012. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 2. vydání. Univerzita Palackého v Olomouci. 56-57 s. ISBN 978-80-244-2996-0.

ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. 2005. *Aplikace vybraných ošetřovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové : NUCLEUS HK. 18-19 s. ISBN 80-86225-63-1.

BOROŇOVÁ, J. 2010. *Kapitoly z ošetřovatelství I*. Plzeň : Maurea, s.r.o. ISBN 978-80-902876-4-8.

DUNGL, P., 2005. *Ortopedie*. 1. vydání. Praha : Grada. 946-949 s. ISBN 80-247-0550-8.

DOENGES, E. M., MOORHOUSE, F.M., 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

GALLO, J. 2011. *Ortopedie*. 1. vydání. Univerzita Palackého v Olomouci. 201-205 s. ISBN 978-80-244-2486-6.

HROMÁDKOVÁ, J., 2002. *Fyzioterapie* 1. Vydání. H a H Vyšehradská s.r.o. 115-117 s. ISBN 80-86022-45-5.

JAHODA, D., SOSNA, A., NYČ, O. 2008. *Infekční komplikace kloubních náhrad*. Praha : TRITON. 40 s. ISBN 978-80-7387-158-1.

JANÍČEK, P. 2007. *Ortopedie*. 2.vydání. Brno : Masarykova Univerzita. 124 s. ISBN 978-80-210-4429-6.

JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J. 2001. *Ošetřovatelství*. Uherské Hradiště. 7-11 s. Sing. K 79025.

KOUDELA, K., 2004. *Ortopedie*. 1. vydání. Praha : Karolinum. 101-104 s. ISBN 80-246-0654-2.

KLEVETOVÁ, Dana; DLABALOVÁ, Irena. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9

KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVEROVÁ, R.; 1995. *Ošetrovatelstvo 1.Vydání.* Osveta. ISBN 80-217-0528-6.

KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVEROVÁ, R.; 1995 *Ošetrovatelstvo 2.Vydání.* Osveta. ISBN 80-217-0528-0.

LANDOR, I., VAVŘÍK, P., GALLO, J., SOSNA, A. 2012. *Revizní operace totálních náhrad kyčelního kloubu*. Praha : Maxdorf s. r.o. 174 s. ISBN 978-80-7345-254-4.

NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry.* Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1150-8.

NĚMCOVÁ, J. 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, výzkum pro porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci.* Plzeň: Maurea, s.r.o. ISBN 978-80-902876-9-3.

NOVOTNÁ, D. 2010. *Ošetřovatelská péče u geriatrického pacienta.* Praha : Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetřovatelství.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetřovatelství v kostce.* Praha : Grada Publishing. 101 s. ISBN 80-247-1211-3.

SOSNA, A., POKORNÝ, D., JAHODA, D. 2003. *Náhrada kyčelního kloubu*. 1. vydání, Praha : TRITON. 9-15, 16-25, 25-40, 40-58 s. ISBN 80-7254-302-4.

ŠIRŮČKOVÁ, Miluše, 2010. Typy totálních endoprotéz- terapie a rehabilitace. *Sestra*. roč. 20, č. 10. ISSN 1210-0404.

TRACHTOVÁ, E. aj. 2003. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. ISBN 80-7013-324-4.

TRACHTOVÁ, E. kol. 1999. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

Glascow Coma Scale [online]. 2008 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: http://www.mudr.org/web/glasgow-coma-scale

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Příloha B - Rozšířená stupnice podle Nortonové

Příloha C - Glasgow Coma Scale (škála hodnotící stav vědomí)

Příloha D - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Příloha A

Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Činnost	*Provedení činnosti*	*Bodové skóre*
najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkové skóre		
Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech		
0–40 bodů – vysoká závislost 45–60 bodů – závislost středního stupně 65–95 bodů – lehká závislost 100 bodů – nezávislý		

Zdroj: KLEVETOVÁ, 2008, s. 182

Příloha B

Glasgow Coma Scale (škála hodnotící stav vědomí)

Otevření očí	
spontánní	4
na oslovení	3
na bolest	2
bez reakce	1
Slovní odpověď	
orientovaná	5
zmatená	4
nekomunikuje	3
nesrozumitelné zvuky	2
žádná odpověď	1
Reakce na bolest	
provede na příkaz pohyb	6
lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5
úniková reakce (pohyb od podnětu)	4
necilená flexe končetiny (dekortikační reakce)	3
necílená extenze končetiny (decerebrační reakce)	2
nereaguje	1

Hodnocení	
Lehká porucha vědomí	13-15 bodů
Střední porucha vědomí	9-12 bodů
Závažná porucha vědomí	3-8 bodů

Zdroj: Glasgow Coma Scale [online], 2014

Příloha C

Rozšířená stupnice podle Nortonové

Bodů	*Schopnost spolupráce*	*Věk*	*Stav pokožky*	*Každé další onemocnění dle odpov. stupně*	*Fyzický stav*	*Stav vědomí*	*Aktivita*	*Pohyblivost*	*Inkontinence*
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká	anémie, ucpávání tepen, obezita,	špatný	zmatený	sedačka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá	karcinom	velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Zdroj: TRACHTOVÁ, 1999, s. 65

Příloha D

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetřovatelský proces o pacienta po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne…….. Jméno a příjmení studenta……...