

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE
ZLOMENINOU KRČKU KOSTI STEHENÍ**

Bakalářská práce

DENISA FERDIÁNOVÁ, Dis.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová

PRAHA 2014



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

Ferdiánová Denisa
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s diagnózou zlomenina krčku kosti
stehenní

Nursing Process for Patients with Diagnosis of Hip Fracture

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Miroslava Kubicová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 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 ke studijním účelům.

V Praze dne 31.5.2014

podpis

ABSTRAKT

FERDIÁNOVÁ, Denisa. *Ošetrovatelský proces u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová. Praha. 2014. 67s.

Bakalářská práce se zabývá problematikou zlomeniny krčku kosti stehenní a ošetrovatelským procesem u pacienta s tímto onemocněním. Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí.

V první části je objasněna charakteristika onemocnění, definice, klasifikace zlomenin, příčiny vzniku zlomenin, rizikové faktory jako je osteoporóza nebo pády, klinický obraz, diagnostika a léčba zlomenin, předoperační a pooperační péče, komplikace chirurgické léčby, rehabilitace po TEP kyčelního kloubu a po chirurgické léčbě.

V druhé části jsou zpracována specifika ošetrovatelské péče a ošetrovatelský proces u pacienta s tímto onemocněním.

Bakalářská práce je doplněna o doporučení pro praxi pro zdravotníky, pro pacienty a jejich rodinné příslušníky.

Klíčová slova

Ošetrovatelský proces. Předoperační péče. Pooperační péče. Rehabilitace. Specifika ošetrovatelské péče. Zlomenina krčku kosti stehenní.

ABSTRACT

FERDIÁNOVÁ, Denisa. Nursing Process for Patients with Diagnosis of Hip Fracture. The College of Nursing, o. p. s. A qualification degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Miroslava Kubicová, Prague 2014. 67 pgs.

This thesis deals with diagnosis of Hip Fracture and nursing process for patient suffering from this disease. The work is divided into two parts.

In the first part contains the disease characteristics, definitions, classification of fractures, fracture causes, risk factors such as osteoporosis or falls, signs, diagnosis and treatment of fractures, preoperative and postoperative care, complications of surgical treatment, rehabilitation after total hip replacement and surgical treatment.

The second part contains the specifics of nursing care and nursing process for patients with this disease.

The thesis is annexed by recommendations for practice for health professionals, patients and their family members.

Keywords:

Nursing process. Preoperative care. Postoperative care. Rehabilitation. The specifics of nursing care. Fracture of the colli femoris.

PŘEDMLUVA

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané problematice na ošetřovatelský proces o pacienty se zlomeninou krčku kosti stehenní. Považuji za velice důležité na tuto problematiku upozornit, jakožto na velice závažné zranění, mnohdy bohužel smrtelné a to hlavně pro pacienty seniorského věku.

Výběr tohoto tématu byl ovlivněn mou prací na chirurgickém oddělení 1, NSP Havířov, kde se s pacienty, kteří utrpěli tuto zlomeninu setkávám stále častěji a mohu sledovat kvalitu péče o takto nemocné pacienty.

Podklady ke zpracování bakalářské práce jsem čerpala z knih, odborných časopisů a internetových zdrojů.

Práce je určena všeobecným sestřám, studentům, ale také pacientům, kteří utrpěli zlomeninu krčku kosti stehenní, jejich příbuzným a všem, kteří se o toto téma zajímají a chtějí si prohloubit své vědomosti o této problematice.

Touto cestou chci vyslovit poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Miroslavě Kubicové za podporu při tvorbě mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	11
1 ZLOMENINA KRČKU KOSTI STEHENNÍ.....	12
1.1 Definice onemocnění	12
1.2 Klasifikace zlomenin	12
1.3 Příčiny vzniku zlomenin	13
1.4 Rizikové faktory pro vznik zlomeniny krčku kosti stehenní.....	13
1.4.1 Osteoporóza	13
1.4.2 Pády.....	15
1.5 Klinický obraz	16
1.6 Diagnostika	16
1.7 Léčba	17
1.7.1 Historie léčby zlomenin	17
1.7.2 Konzervativní léčba	18
1.7.3 Chirurgická léčba	19
1.8 Předoperační péče.....	21
1.9 Pooperační péče	24
1.10 Komplikace chirurgické léčby	25
1.11 Rehabilitace	26
1.11.1 Rehabilitace po chirurgické léčbě	26
1.11.2 Rehabilitace po TEP kyčelního kloubu.....	27
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S DIAGNÓZOU ZLOMENINA KRČKU KOSTI STEHENNÍ.....	30
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA S DIAGNÓZOU ZLOMENINA KRČKU KOSTI STEHENNÍ.....	33
4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	65
ZÁVĚR.....	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1- Identifikační údaje.....	36
Tabulka 2- Vitální funkce při přijetí.....	37
Tabulka 3- Léková anamnéza.....	38
Tabulka 4- Urologická anamnéza.....	38
Tabulka 5- Popis fyzického stavu.....	40
Tabulka 6- Aktivity denního života.....	44
Tabulka 7- Posouzení psychického stavu.....	50
Tabulka 8- Posouzení sociálního stavu.....	53

SEZNAM ZKRATEK

ARO- anesteziologicko- resuscitační oddělení

BMI- body mass index

BV- biochemické vyšetření

CA- karcinom

CKP- cervikokapitální protéza

CNS- centrální nervová soustava

CVK- centrální venózní katétr

DHS- skluzný šroub s dlahou

DM- diabetes mellitus

EKG- elektrokardiografie

GIT- gastrointestinální trakt

CHOPN- chronická obstrukční

ICHS- ischemická choroba srdeční

JIP- jednotka intenzivní péče

KO- krevní obraz

PFN- proximální femorální hřeb

PMK- permanentní močový katetr

PVK- periferní venózní katétr

RTG- rentgen

RZS- rychlá záchranná služba

TEN- tromboembolická nemoc

TEP- totální endoprotéza

VAS- vizuální analogová škála

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Trochanter- latinsky kostní výstupek v horní části stehenní kosti femuru

Fragilita kosti- křehkost kosti

Bisfosfonáty- Druh léků, které se vážou na povrch kosti, kde se vstřebávají a chrání tak kost před odbouráváním.

Thiazidy- diuretika (léky navozující zvýšenou diurézu vody a elektrolytů v moči)

Kostní denzita- kostní hustota

Hypogonadismus- Nedostatečná funkce vaječnicků nebo varlat, která se projevuje nízkou produkcí spermií nebo nedostatečným vyžíváním folikulů ve vaječnicích.

Malabsorpce- porucha příjmu a transportu živin, vitaminů a stopových prvků střevní sliznicí.

Gluteální svaly- hýžděové svaly

Musculus iliopsoas- latinsky sval, který začíná v oblasti pánve (musculus iliacus) a bederní páteře (musculus psoas major)

Flexe- ohýbání

Polymorbidita- přítomnost více chorob současně u jedné osoby

Acetabulum- kloubní jamka kyčelního kloubu

Akrální části těla- okrajové části těla

Defekace- vyprázdnění tlustého střeva

Mortalita- úmrtnost

Dehiscence rány- rozpad

Paraartikulární osifikace- novotvorba kostní tkáně

Kontrakce- stažení

Pneumonie- zápal plic

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma ošetrovatelský proces u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní. Výběr tématu k této bakalářské práci byl ovlivněn mou prací na chirurgickém oddělení, kde se denně s těmito pacienty setkávám, pečuji o ně, sleduji léčebný postup a pokroky v rehabilitaci pacientů.

Zlomenina krčku kosti stehenní je velice závažný úraz a mnohdy ke vzniku této zlomeniny stačí pouze minimální násilí, které vede k přenesení tlaku na krček stehenní kosti. Toto onemocnění se vyskytuje hlavně u lidí seniorského věku, je to více než 90% všech zlomenin krčku kosti stehenní. U mladších osob (3-5%) vznikne tato zlomenina většinou působením přímého tlaku na krajinu velkého trochanteru. Tyto zlomeniny a zlomeniny proximálního femuru u seniorů představují epidemické onemocnění s mnoha významnými a závažnými komplikacemi.

Cílem práce je navrhnout a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče o pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní. Velice důležité je nutnost uvědomit si individuálnost každého člověka s ohledem na jeho bio-psycho sociální potřeby, a na potřeby každého pacienta.

Bakalářská práce obsahuje charakteristiku onemocnění, definice, klasifikaci zlomenin, příčiny vzniku zlomenin, rizikové faktory jako je osteoporóza nebo pády, klinický obraz, diagnostiku a léčbu zlomenin, předoperační péči a pooperační péči, komplikace chirurgické léčby, rehabilitaci a to jak po TEP kyčelního kloubu tak po chirurgické léčbě. Stěžejním bodem této bakalářské práce je kapitola specifik ošetrovatelské péče a ošetrovatelský proces u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní. Poslední část bakalářské práce tvoří doporučení pro praxi pro zdravotníky, pro pacienty a jejich rodinné příslušníky.

Vypracovaná bakalářská práce by měla sloužit jako zdroj informací pro pacienty se zlomeninou krčku kosti stehenní, pro rodinné příslušníky, pro zdravotnický personál, pro všechny osoby zabývající se touto problematikou a také pro všechny, které tato problematika zajímá.

1 ZLOMENINA KRČKU KOSTI STEHENNÍ

1.1 Definice onemocnění

Zlomeniny krčku femuru se vyskytují u dvou zcela rozdílných skupin pacientů. U mladších osob (3-5%) vznikne tato zlomenina většinou působením přímého tlaku na krajinu velkého trochanteru. Tento nadměrný tlak může způsobit pád, náraz při dopravních nehodách aj. U starých lidí (90%) stačí ke zlomenině minimální násilí, které vede k přenesení tlaku na krček stehenní kosti (špatné došlápnutí, zakopnutí a z velké většiny pád). Tyto zlomeniny a zlomeniny proximálního femuru u seniorů představují epidemické onemocnění. Významnou komplikací zlomeniny krčku kosti stehenní je avaskulární nekróza hlavice, kterou způsobí porucha její výživy (MICHALSKÝ, 2009), (ŽVAK et al., 2006).

1.2 Klasifikace zlomenin

Dělení podle uložení linie lomu

Linie lomu může procházet kteroukoliv částí krčku kosti stehenní a je vlastně umístěna v dutině kyčelního kloubu (intrakapsulárně). Pokud je lomná linie blízko hlavice, jedná se o tzv. subkapitální zlomeninu. Pokud je lomná linie ve středu krčku jde o zlomeninu mediocervikální (mediální) a pokud je zlomenina lokalizovaná blízko masivu trochanterů je to zlomenina bazicervikální. Jestliže je lomná linie mezi velkým a malým trochanterem jedná se o zlomeninu pertochanterickou. Podle úhlu, který linie lomu svírá s horizontální rovinou se zlomeniny krčku stehenní kosti dělí na zlomeniny abdukční a addukční (90%) (ŽVAK et al., 2006).

Pauwelsova klasifikace- dělení podle strmosti lomné linie, odráží nestabilitu lomné linie

I- úhel linie lomu s horizontálou je do 30°, kompresní síly převažují nad střižnými, jedná se o zaklíněné abdukční zlomeniny, které jsou relativně stabilní

II- úhel linie lomu je mezi 30-50°, kompresní a střižné síly jsou v rovnováze, zlomeniny jsou relativně stabilní

III- znamená že úhel je nad 50°, střižné síly převažují nad kompresními, tyto zlomeniny jsou nejméně stabilní a nepříznivé pro léčení (nejvyšší riziko avaskulární nekrózy hlavice) (MICHALSKÝ, 2009), (ŽVAK et al., 2006).

Dělení dle Gardena- podle stupně dislokace

- I. Stupeň – neúplná subkapitální zlomenina
- II. Stupeň – nedislokovaná kompletní zlomenina
- III. Stupeň- částečně dislokovaná kompletní zlomenina, úlomky spojuje jen Wietbrechtovo retinakulum
- IV. Stupeň – kompletní zlomenina s úplnou dislokací, Wietbrechtovo retinakulum je oddělené, dochází ke kominuci zadní plochy krčku (VIŠŇA et al., 2004).

Pauwelsova a Gardenova klasifikace se týká pouze subkapitálních zlomenin krčku kosti stehenní, v klinice se častěji používá Pauwelsova klasifikace. Mediocervikální a bazicervikální zlomeniny se hodnotí dle AO klasifikace (ŽVAK et al., 2006).

1.3 Příčiny vzniku zlomenin

Vznik zlomenin je závislý na mnoha různých faktorech. Z faktorů vnějších to je prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, životní styl, charakter zaměstnání a také mimopracovní činnosti. Z vnitřních faktorů je to hlavně stavba těla, především pohybového aparátu, výživa jedince, odolnost organismu vůči zátěži, funkce smyslového ústrojí a také CNS atd. Snad největším problémem úrazové chirurgie u starších pacientů představují zlomeniny horního konce stehenní kosti, takže i zlomenina krčku kosti stehenní (ŠVÁB, 2008).

1.4 Rizikové faktory pro vznik zlomeniny krčku kosti stehenní

1.4.1 Osteoporóza

Osteoporóza je metabolické kostní onemocnění, které je charakterizováno snížením kostní hmoty a deteriorací mikroarchitektury tkáně kostní, což způsobuje fragilitu kosti a to má za následek zvýšené riziko zlomeniny (DUNGL, 2005).

Záludné na osteoporóze je skutečnost, že zpočátku probíhá bez sebemenších příznaků. Toto bezpříznakové období je nejvhodnější k prevenci vzniku zlomenin. Pokud se toto období promešká, pacient přichází k lékaři s již těžkým postižením a s potížemi jako bolesti v zádech a snížená tělesná výška způsobena kyfózou při kompresivních zlomeninách obratlových těl.

Pokud není léčba zahájena ani v tomto již rizikovém období, výrazně se zvyšuje riziko vzniku tzv. život ohrožující zlomeniny a tou je zlomenina krčku kosti stehenní. Jedna třetina pacientů s touto zlomeninou je následně odkázána na dlouhodobou péči a další třetina na následky komplikací s touto diagnózou umírá.

Běžné RTG vyšetření je schopné odhalit ztrátu kostní hmoty vyšší než 30%, proto není přínosem v počátečních stádiích osteoporózy. Nejvhodnějším vyšetřením je v současné době denzitometrie, které je schopno zachytit změny kostní hustoty s přesností na 1%-1,5%.

Léčba osteoporózy

U žen po operaci vaječníků nebo po přechodu bývají prvním lékem hormonální preparáty. Tato léčba musí být doplněna optimálním přísunem vápníku a vitamínu D, nejlépe potravou. Pokud není možné zahájit hormonální léčbu, jsou dalším lékem volby Bisfosfonáty (alendronát). Jejich výhodou je podávání jednou denně a dále zvyšování hustoty kostí. Alendronát byl vyzkoušen ve dvojích slepých studiích odpovídajících „evidence based medicine“ (medicína založena na důkazech) a jsou vědecky i statisticky podložené důkazy ohledně redukce zlomenin nejen obratlů, ale také na krček stehenní kosti. Novým bisfosfonátem třetí generace je risedronát. Dalším lékem je raloxifen, který patří mezi selektivní blokátory estrogenních receptorů. Mezi nejznámější a nejdéle užívaný lék patří kalcitonin v injekční formě nebo ve formě nosního spreje. Dalšími léky vhodnými k léčbě osteoporózy jsou Fluoridy, Anabolika a Thiazidy (KOUDELA, 2003).

Cílem léčby je udržet množství a kvalitu kostní hmoty a díky tomu snížit riziko zlomenin. Léčba je velmi nákladná a měla by být poskytnuta pacientům s velmi vysokým rizikem zlomeniny. Na základě toho se lékaři snaží co nejpodrobněji zjistit rizikové faktory.

Rizikové faktory pro osteoporózu

Rizikové faktory rozdělujeme dle závislosti a nezávislosti na kostní denzitně

Nezávislé na kostní denzitně

- Věk.
- Předchozí zlomenina.
- V rodinné anamnéze se objevila zlomenina krčku kosti stehenní.
- Podávání glukokortikoidů.
- Kouření, alkoholismus.
- Revmatoidní artritida.
- BMI nižší než 19.

Závislé na kostní denzitně

- Neléčený hypogonadismus.
- Malabsorpce.
- Endokrinní onemocnění.
- Chronické ledvinné onemocnění.
- Chronické jaterní onemocnění.
- CHOPN
- Nehybnost.
- Inhibitory aromatázy.

(BROULÍK, 2009).

1.4.2 Pády

Pády jsou dvakrát častější u žen nežli u mužů. Nejčastějšími důvody a také rizikovými faktory jsou faktory zevní (mokrý podlaha, příliš vystouplé prahy, neupevněné koberečky nebo nevhodná obuv). Faktory vnitřní zahrnují tělesný a psychický stav pacienta (arytmie, hyper či hypotenze, ICHS, hypoglykemie, poruchy vidu, neurologické nebo jiné změny).

Časté a velmi závažné poruchy představují malnutrice a dehydratace. Jako následek nekoordinovaného pádu se vyskytuje poranění orgánů a systémů. (ŠVÁB, 2008)

Farmakoterapie hraje také významnou roli v příčině pádu, podle nejnovějších studií hrozí u 20-30% pacientů. Důležitou roli také hraje vedlejší účinky léků, které mohou způsobovat například zhoršenou rovnováhu, vysoký krevní tlak, poruchy spánku a deprese (VYHNÁNEK, 2007).

Klasifikace pádů

Náhodné pády znamenají náhodné upadnutí pacienta. Tyto pády vznikají zakopnutím nebo uklouznutím v důsledku selhání pomůcek nebo díky faktorům zevním. Nepředvídaný fyziologický pád vzniká, když fyzická příčina pádu není součástí pacientova rizikového faktoru pro pád. Pád je způsoben nepředvídatelným fyzickým stavem, jako je například mdloba, epileptický záchvat nebo patologická zlomenina krčku kosti stehenní. Předvídatelné fyziologické pády pokud jsou pacienti zhodnoceni jako rizikový pro pád. Tito pacienti se dle Stupnice pádů J. Morse dají popsat například těmito charakteristikami: pád v anamnéze, omezená soběstačnost, porucha duševních funkcí atd. (VYHNÁNEK, 2007).

Následky pádů

Důsledky pádu jsou mimo jiné zlomeniny, poranění hlavy a měkkých tkání, strach z pádů, úzkost a deprese. U seniorů, kteří upadnou v porovnání s pacienty bez pádu jsou méně aktivní, dochází u nich rychleji ke snižování fyzické aktivity a intenzity každodenních činností (VYHNÁNEK, 2007).

1.5 Klinický obraz

Typická anamnéza, bolest v poraněné kyčli, nemožnost pohybu v kloubu, nemožnost postavit se na zlomenou končetinu, zlomená končetina je obvykle zkrácena (zkrácení je způsobeno tahem gluteálních svalů) a je v zevní rotaci (to způsobuje tah musculus iliopsoas a rotátorů stehna.) (MICHALSKÝ, 2009).

1.6 Diagnostika

Anamnéza- mechanismus úrazu. Popisují se tři základní mechanismy úrazu:

- Pád přímo na bok na velký trochanter.
- Zakopnutí o špičku nohy, dochází zde k zevní rotaci končetiny s náhlým zvýšeným zatížením.
- Náhlé, ale spontánní dokončení únavové zlomeniny bez prokazatelného násilí.

Vždy je velmi důležité řádně vyšetřit okolnosti úrazu, hlavně u starších pacientů- kolapsový stav, ischemická ataka srdeční atd.

Fyzikální vyšetření- sledujeme bolestivost v oblasti kyčle, která často propaguje do kolenního kloubu. U dislokovaných zlomenin je typické postavení- zkrácení a zevní rotace končetiny, nemožnost zvednout končetinu od podložky.

RTG

- Předozadní snímek celé pánve, důležité je zobrazit oba kyčelní klouby.
- Axilární snímek bolestivé kyčle.
- U zaklíněných a nedislokovaných zlomenin může být RTG snímek negativní a linie lomu se objeví až po odvápnění v odstupu několika dní.

(VIŠŇA, 2004), (ŽVAK et al., 2006).

1.7 Léčba

1.7.1 Historie léčby zlomenin

Historie léčby zlomenin je fascinující příběh sahající až k počátkům lidského rodu. Léčením zlomenin se zabývali již lékaři ve starém Řecku a Římě a posléze lékaři v dalších stoletích a tisíciletích. Posoudit význam jednotlivých období i jejich protagonistů znamená vrátit se daleko proti proudu času ke kořenům současné kostní chirurgie a krátce zmínit alespoň nejvýznamnější osobnosti, které položily základy traumatologie pohybového aparátu. Začátek moderní éry léčby zlomenin tak, jak ji známe dnes, je spojen s Francií v období renesance, přesněji s osobou Ambroise Parého.

Na Parého odkaz navázal o století později francouzský anatom a chirurg Joseph-Guichard du Verney (1648–1730). Je považován za prvního moderního akademického chirurga a mimo jiné zavedl turniket, kterým snižoval krevní ztrátu při amputacích končetin. Slavným lékařem 18. století, jehož věhlas přetrval dodnes, byl německý anatom a chirurg Lorenz Heister (1683–1758). Jako chirurg získal ostruhy ve „válce o dědictví španělské“ na začátku 18. století. V roce 1719 vydal první systematickou učebnici chirurgie „Chirurgie, in welcher alles, was zur Wund-Artzney gehört, nach der neuesten und besten Art“. Kniha se dočkala řady vydání a překladů do latiny, angličtiny, španělštiny, francouzštiny i nizozemštiny. Lze v ní mimo jiné nalézt popis a vyobrazení sutury Achillovy šlachy či Petitova turniketu.

Nejvýznamnějším anglickým chirurgem 18. století byl Percivall Pott (1714–1788). V roce 1765 publikoval dílo „Some general remarks on fractures and dislocations“. V této knize vyslovil tezi, že k dislokaci úlomků dochází svalovou kontrakcí, a proto je nutné uložit končetinu do polohy, ve které jsou svaly nejvíce relaxovány.

Pierre-Joseph Desault (1738–1795), zakladatel prvního chirurgického časopisu na světě, byl třetím z „mušketýrů“ francouzské chirurgie 18. století. Posmrtně se vydala jeho kniha. Název knihy zněl „Oeuvres chirurgicales, ou tableau de la doctrine et de la pratique dans le traitement des maladies externes par Xav. Bichat“. Její součástí byl i originální obrázek Desaultova obvazu navrženého autorem pro fixaci zlomeniny klíční kosti a lopatky.

Nejvýznamnější autoritou na poli kostní chirurgie na počátku 19. století byl sir Astley Paton Cooper (1768–1841), a to díky monografii „Treatise on dislocations and on fractures of the joints“ vydané roku 1822. Kniha se stala biblí kostní chirurgie na několik desetiletí. Dodnes je citována v souvislosti se stále používaným Cooperovým rozdělením zlomenin proximálního femuru na intra- a extrakapsulární.

Guillaume Dupuytren (1777–1835) je znám především díky popisu kontraktury palmární aponeurózy. Nezanechal však žádnou monografii týkající se zlomenin a luxací, pouze popis zlomeniny fibuly nad syndesmózou spojené s diastázou tibiofibulární vidlice, označované někdy jako Dupuytrenova zlomenina hlezna.

V publikační činnosti však Dupuytrenův bohatě zastoupil Joseph François Malgaigne (1806–1865), Malgaigneovou knihou, jejíž německý překlad se objevil již v roce 1850 a anglický v roce 1859, se prakticky uzavřelo půl století trvající období, během něhož byly položeny základy moderní traumatologie kostí a kloubů.

Je třeba si uvědomit, že v tomto období byly publikace výše uvedených autorů založeny zpravidla na podrobném popisu případů (počínaje mechanismem poranění přes klinický průběh často až po smrt pacienta) a především na detailním pitevním nálezu. Díky tomu byla podrobně popsána anatomie, propracována klinická diagnostika a vytvořena terminologie většiny zlomenin tak, jak je známe dnes. Přispěly k tomu především knihy Desaulta, Coopera a Malgaigneho vydávané a překládané nejen v Evropě, ale i Severní Americe. Fascinující je, jak rychle se tehdy šířily nové poznatky a jak jednotliví autoři znali navzájem své publikace bez ohledu na vzdálenost, politické a jazykové hranice (<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/historie-moderni-lecby-zlomenin-1-cast-453135>).

Máme dvě možnosti jak léčit zlomeniny krčku kosti stehenní:

- Konzervativní- nedislokované zaklíněné zlomeniny. Léčba spočívá v dlouhodobém odlehčení poraněné končetiny na berlích (tři měsíce).
- Chirurgická- osteosyntéza nebo náhrada kyčelního kloubu (TEP a CKP)

(ŽVAKet al., 2006).

1.7.2 Konzervativní léčba

Konzervativní léčbou rozumíme nekravovou repozici, pokud to stav pacienta vyžaduje, a zevní imobilizaci měkkým obvazem, ortézou, sádrovým obvazem či jinou imobilizační pomůckou, popřípadě nepoužíváme žádnou fixaci a aplikujeme následnou lokální nebo celkovou symptomatickou léčbu (DUNGL, 2005).

Extenze

Jedná se o metodu, která umožní zabezpečení končetiny ve své anatomické délce v reponovaném postavení nebo přímo k repozici končetin. Fixace působí výrazně analgeticky.

Tah na končetinu vyvíjí hmotnost závaží zavěšeného přes kladku Braunovy dlahy. Jednou z možností uchycení končetiny je botičková extenze. Po delším působení většího tahu může docházet ke vzniku dekubitů. Vzniku dekubitů by měla zabránit náplast'ová extenze, jejímž principem je uchycení dvěma adhezivními širokými pruty ve tvaru „U“, buď na oblast bérce, nebo stehna, případě oboje. Pruty jsou fixovány kompresivním obinadlovým obvazem jako prevence sklouznutí (DUNGL, 2005).

Kirschnerova extenze

Kirschnerova extenze je forma konzervativního repositionního postupu, při kterém dochází k napravení úlomků kostí, k odstranění jejich dislokace a k dosažení co nejlepší anatomické rekonstrukce. Je to repozice dlouhodobým tahem, která zároveň působí i fixačně. Kirschnerova extenze se skládá z Kirschnerova drátu, kterým se provrtá tuberositas tibiae, metafýza femuru nebo patní kost, a z „podkovy“, která svým mechanismem spojuje Kirschnerův drát s tažným zařízením. Síla tahu, tedy závaží, které se upevňuje na šňůru přes kladku, je určena 1 / 10 hmotnosti klienta. Dolní končetina je ve flexi 45° na Braunově dlaze nebo na polohovacím lůžku. Do nohou dáváme pevnou oporu, aby se mohl klient opírat zdravou končetinou při nadzvedávání a pohybu. Kirschnerovou extenzi instalujeme při zlomenině krčku kosti stehenní, je-li klient neoperabilní nebo si operaci nepřeje, zpravidla pro nepřekonatelný strach z operace. Kirschnerova extenze se ponechává několik týdnů, během nichž tah zajistí klid pro zhojení zlomeniny, nebo na nejnutnější dobu, pokud je ze závažných důvodů operace odložena (<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienty-s-kirschnerovou-extenzi-284900>).

1.7.3 Chirurgická léčba

Dnes se léčí chirurgickým zákrokem téměř 100% případů. Léčení tzv. Kirschnerovou extenzí za zlomenou končetinu (skeletální trakce) umístěnou na Braunově dlaze dnes slouží pouze jako úleva od bolesti do doby než dojde k operačnímu výkonu.

Osteosyntéza – Dnes existují různé možnosti provedení osteosyntézy (hlavně u mladších zraněných) nebo náhrady kyčelního kloubu- aloplastika kyčelního kloubu (u pacientů seniorského věku s osteoporózou a artrózou kyčle).

Metody osteosyntézy: jednotlivé spongiózní šrouby, 130° dlaha, dynamický kompresní, skluzný šroub s dlahou (DHS), alternativně i hřeb, PFN proximální femorální

hřeb, totální náhrada kyčelního kloubu (TEP), cervikokapitální protéza (CKP) je vyhrazena pro velmi staré, věkově limitované a polymorbidní nemocné (MICHALSKÝ, 2009).

Aloplastika kyčelního kloubu

Aloplastika je operace, kdy se nahrazuje celý kloub (TEP) nebo jeho část (CKP) cizím (alogenním) materiálem. Nejčastěji jsou používány kovy a jejich slitiny (nerezavějící oceli, kobaltové nebo titanové slitiny a další), plasty (polyetylen) a keramika (oxid hlinitý).

Do historie aloplastiky se v naší zemi zapsal profesor Chlumský, který kolem roku 1900 prováděl pokusy s transplantací kovu. O skutečný rozvoj se zasloužil profesor Čech, který se aloplastikou systematicky zabýval a ve spolupráci s Poldi Kladno v roce 1970 vyvinul cementovou totální endoprotézu kyčelního kloubu (TEP). První úspěšné endoprotézy kyčelního kloubu byly cervikokapitální endoprotézy podle Austina a Moora (1950) a podle Thomsona (1952). V současné době se cervikokapitální endoprotézy, které nahrazují jen horní konec femuru, používají u zlomenin krčku stehenní kosti u biologicky starých jedinců. Další velký průlom do aloplastiky kyčelního kloubu zaznamenala totální endoprotéza Johna Charneleye- náhrada s nízkým třením. Totální endoprotézy mají určitou životnost a za standard se považuje 10-15 let. Jednou z indikací k operaci TEP je zlomenina krčku kosti stehenní.

CKP je náhrada krčku a hlavice femuru při zachování jamky acetabula. Endoprotéza se skládá z femorální komponenty a hlavice. Femorální komponenta se fixuje do femuru pomocí kostního metylmetakrylátového cementu, hlavice se nasadí na tuto část a zaklobí do acetabula. Mezistupněm mezi cervikokapitální a totální endoprotézou je bipolární cervikokapitální endoprotéza. Hlavice se skládá z kovového pláště, ve kterém je nalisovaná polyetylenová vložka a v ní je zaklobená další menší hlavice. Tato část je tedy složena ze dvou hlavic zaklobených v sobě, které se nasadí na femorální komponentu. Výhodou této techniky je menší otěr acetabula.

TEP znamená náhradu krčku, hlavice i kloubní jamky acetabula. Kloub je tedy nasazen celý. U mladších jedinců a tedy u jedinců s lepší kvalitou kostí se k ukotvení komponent používá technika press- fit (znamená to ukotvení bez cementu). U starších pacientů se každá část endoprotézy fixuje kostním cementem. S mobilizací pacientů se začíná už od druhého dne po operaci, a to pomocí berlí nebo chodítka s odlehčováním operované končetiny. Úplný došlap na operovanou končetinu je možný již během 2-3 týdnů po operaci,

ovšem při rekonstrukci a osteosyntéze krčku je důležité dodržovat odlehčení končetiny několik měsíců (VIŠŇA et al., 2004).

Typy endoprotéz kyčelního kloubu

TEP kyčle rozdělujeme podle typu ukotvení do kosti na cementované, necementované a hybridní.

- Při cementované TEP kyčle jsou obě komponenty fixovány kostním cementem.
- Při necementované TEP kyčle jsou komponenty fixovány do kosti bez cementové mezivrstvy.
- Při hybridní TEP kyčle je každá z komponent fixována rozdílnou technikou.

Volba implantátu závisí na věku a vitalitě pacienta (REPKO, 2012).

1.8 Předoperační péče

Perioperační období

Jakákoliv operace, plánovaná nebo urgentní, je vždy nefyziologický zásah, na který organismus reaguje jak před tak i po operaci. Perioperační období je souhrnný název pro období před, během a po operaci. Zahrnuje tři fáze:

- Předoperační fáze
- Intraoperační fáze
- Pooperační fáze

Operační výkony rozdělujeme na plánované, urgentní a neodkladné z vitální indikace

Předoperační péče

Důsledně provedená předoperační příprava pacienta mohou vést k zabránění vzniku pooperačních komplikací. Operační výkony dělíme na plánované, urgentní a neodkladné výkony z vitální indikace. Předoperační přípravu dělíme na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední.

Dlouhodobá předoperační příprava.

Na základě rozhodnutí chirurga je klient odeslán k internímu lékaři. Interní vyšetření zahrnuje EKG, RTG srdce a plic, klinické a laboratorní vyšetření. Základní předoperační vyšetření mohou být doplněna dle stavu pacienta o další speciální vyšetření. Pokud je nutná

autotransfuzi zajišťuje se v této fázi předoperační přípravy. Anesteziolog rozhoduje o premedikaci.

Krátkodobá příprava- toto období je omezeno na 24 hodin před výkonem. Provádí se fyzická příprava.

Výživa a tekutiny- každý pacient musí být alespoň 6 hodin před výkonem lačný, proto se zajišťuje příjem tekutin parenterální cestou.

Vylučování- zajistíme spontánní vyprázdnění močového měchýře těsně před operačním výkonem. Při náročnějších operačních výkonech provedeme katetrizaci močového měchýře. Vyprázdnění tlustého střeva se řídí dle druhu operace a odvíjí se od ordinace chirurga.

Hygienická péče- provede se celková hygienická péče.

Příprava operačního pole- řídí se dle pokynů operátora a dle standardů nemocnice (holení, vyčištění pupíku, dezinfekce atd.)

Spánek a odpočinek- den před operací ordinuje obvykle anesteziolog sedativa a hypnotika pro zklidnění pacientova psychického stavu.

Prevence TEN- přiložení bandáže, nebo protiebolických punčoch před výkonem. Dle ordinace lékaře aplikujeme antikoagulantia.

Aktivita sestry- bezprostřední předoperační příprava:

- Zajistit podepsání souhlasu s operací a léčbou.
- Zajistit celkovou hygienu, zkontroluje operační pole, odstranit kosmetické přípravky.
- Přiložit bandáže dolních končetin nebo protiebolické punčochy.
- Zkontrolovat odložení zubní protézy, kontaktních čoček, šperků, naslouchacích aparátů atd.
- Zajistit uložení cenností do trezoru (cennosti označit štítkem pacienta).
- Aplikovat premedikaci podle ordinace anesteziologa.
- Zajistit převoz pacienta s celkovou dokumentací na operační sál.

Předoperační péče zahrnuje klinické vyšetření pacienta, při kterém se určují rizikové faktory a získávají se potřebné informace pro předoperační hodnocení. Smyslem předoperačního posouzení pacienta je prevence příhod a možných pooperačních komplikací. Proto je velmi důležité pátrat po všech možných odchylkách od normálního stavu, a tam, kde

je najdeme se zaměřit na jejich odstranění nebo zmírnění. Především je důležité získat informace o základních životně důležitých funkcích organismů (kardiovaskulární, respirační aparát, zažívací trak a také onemocnění jater, endokrinního systému, neurologická onemocnění, vyšetření krve, stav tekutin atd.) V tomto období se také provádí řada speciálních vyšetření, která se zaměřují na upřesnění diagnózy samotného onemocnění. Doba platnosti předoperačního vyšetření je u jinak zdravých jedinců obvykle jeden měsíc, pokud během tohoto období neprodělá jiné onemocnění. U urgentního stavu o rozsahu předoperačního vyšetření spolurozhoduje anesteziolog a lékař příslušného operačního oboru spolu s interním konziliářem.

Při hodnocení pacienta se zaměřujeme hlavně na:

- Psychický stav pacienta.
- Celkovou konstrukci pacienta (vzrůst, tělesná hmotnost, stav svalové soustavy atd.)
- Stav hydratace.
- Vyšetření obličeje, dutiny ústní a krku (překážky v této oblasti, snímatelná zubní náhrada, struma atd.)
- Deformity hrudníku a hrudní páteře.

Výsledkem hodnocení je ordinace předoperační přípravy.

Klasifikace celkového fyzického stavu před anestezií dle ASA (American Society of Anesthesiologists)

- ASA I- pacient jinak zdravý bez patologického, klinického a laboratorního nálezu.
- ASA II- mírně až středně závažné systémové onemocnění, pro které je pacient operován.
- ASA III- závažné systémové onemocnění jakékoliv etiologie, omezující aktivitu pacienta, výkonnost a funkci orgánů)
- ASA IV- závažné, život ohrožující systémové onemocnění, které nelze vždy operativně řešit (srdeční dekompenzace, pokročila forma plicní, renální, jaterní nedostatečnosti atd.)
- ASA V- pacient, u něhož je operace poslední možností záchrany života.

Anesteziolog posoudí, zda je pacient schopen anestezie, zhodnotí rizika a předepíše premedikaci.

Premedikace je podání léčiv pacientovi před anestezií a jejím cílem je:

- Zmírnit strach a úzkost před operací.
- Snížit sekreci v ústech a dýchacích cestách.
- Potencovat hypnotický efekt celkových anestetik.
- Snížit výskyt pooperační nauzey a zvracení.
- Navodit bazální analgezii.
- Snížit objem a kyselost žaludečního obsahu.
- Oslabit vagové reflexy.

Premedikace se podává nejlépe 45 minut před výkonem. Premedikace bývá u plánovaných výkonů doplněna ještě o prepremedikaci, což je podání léků, které navodí spánek večer před výkonem.

Celková předoperační příprava pacienta zahrnuje poučení před operací včetně psychické přípravy, fyzickou přípravu (návík chůze o berlích, návík sedu atd.).

Intraoperační fáze

V průběhu intraoperační fáze je ošetřování pacienta zabezpečováno odborným zdravotnickým personálem operačních sálů.

1.9 Pooperační péče

Operace zlomeniny krčku stehenní kosti je dlouhotrvající a obtížný výkon, po jehož skončení je pacient převezen na jednotku intenzivní péče (dále jen JIP) nebo na anesteziologicko- resuscitační oddělení (dále jen ARO), pokud u nemocného je nutné pokračovat v umělé plícní ventilaci.

Tato fáze začíná probuzením pacienta z anestezie, díky které se zhoršuje schopnost pacienta reagovat na vnější stimuly. V pooperační fázi se všechny funkce organismu postupně vracejí k původnímu stavu.

V této fázi je ošetřovatelská péče zaměřena na:

- Zotavení z anestezie – pacient je přivezen z operačního sálu po stabilizování stavu, kdy sám spontánně a volně dýchá, má stabilizovaný krevní oběh.
- Sledování kardiovaskulárního stavu- frekvence, kvalita a pravidelnost pulzu, měření krevního tlaku, teplota a barva akraálních částí těla, krvácivost.
- Sledování dýchání- frekvenci, pravidelnost, práce pomocných dýchacích svalů a bránice, dechový objem a minutový dechový objem.
- Sledování polohy- stabilizovaná poloha, úlevová poloha.

- Sledování neurologického, psychického stavu.
- Sledování operační rány a bolesti.

Aktivity sestry bezprostředně po výkonu:

Po stabilizování vitálních funkcí zabezpečit převoz zpět na standardní ošetrovací jednotku. Kontrolovat a zaznamenávat do pooperačního protokolu vitální funkce co 15 minut, později co 30 až 1 hodinu, stav zornic, stupeň vědomí, stav krytí operační rány, sledovat naordinované infuze, medikace, bolest, zaznamenávat barvu, konzistenci, množství drenážní tekutiny. Velmi důležité je sledovat vyprazdňování a to hlavně moče. Zajistit mobilizaci po výkonu. Sledovat nástup defekace (do 48 hodin). Postupně rehabilitovat, zaznamenávat vše do dokumentace a informovat o domácím ošetřování nebo následné ošetrovatelské péči (MIKŠOVÁ et al., 2006), (Slezáková, 2010).

1.10 Komplikace chirurgické léčby

Nemocní, kteří byli dříve léčeni jen extenzí za zlomenou končetinu, měli vysokou úmrtnost. Úmrtnost byla více než 30%. Příčinou smrti byla sepse z dekubitů, hypostatická bronchopneumonie a urosepse.

Mortalita dnes po chirurgické léčbě je odhadována na 10%. Umírající nemocní jsou polymorbidní, značná část má komplikace jako je diabetes mellitus a známky chronického kardiálního selhávání. K hlavním komplikacím je vznik paku, aseptická nekróza hlavice stehenní kosti, dále také komplikace z operační rány, vycestování implantátu z kosti. Dnes je kladen důraz na co nejčastější provedení operačního výkonu, protože pacient je v nejlepším somatickém stavu v okamžiku úrazového mechanismu. Při hospitalizaci se pacientův celkový stav rychle zhoršuje z důvodů bolesti a také komplikací z upoutání na lůžko. Velmi důležitá je prevence tromboembolické nemoci, vznik této nemoci by byla velmi závažná komplikace. Jako prevence TEN se dnes provádí aplikace nízkomolekulárního heparinu jako je například Fraxiparine, Clexane a nebo Fluxum).

Po operačním výkonu je velmi důležité zahájit včasnou pooperační rehabilitaci (MICHALSKÝ, 2009).

Komplikace po aloplastikách dělíme dle časového hlediska na peroperační, časné, středně pozdní a pozdní.

Peroperační komplikace

Zlomenina v oblasti Adamsova oblouku a zlomeninu diafýzy femuru.

Poranění velkých cév (a. femoralis a jejich větví)

Poranění nervů (n. femoralis, n. ischiadicus)

Časné komplikace

Krvácení.

Luxace endoprotézy.

Syndrom tukové embolie.

Tromboembolická nemoc.

Středně pozdní komplikace

Dehiscence rány.

Pozdní hematom.

Časná infekce.

Pozdní komplikace.

Mitigovaná infekce se projeví mírnými známkami zánětu, nejčastěji vzniká do dvou let od operace.

Pozdní a latentní infekce.

Paraartikulární osifikace nejčastěji u pouřazových stavů, kde došlo ke zhmoždění měkkých tkání.

Uvolnění a migrace endoprotézy (KOUDELA, 2003).

1.11 Rehabilitace

1.11.1 Rehabilitace po chirurgické léčbě

Pohybová terapie kloubů

Cílem této terapie je udržet nebo obnovit původní rozsah pohybu v kloubu. Terapii můžeme provádět formou aktivní nebo pasivní.

Aktivní pohybová terapie.

Při této terapii vykonává pacient sám aktivní pohyby pod kontrolou a dle edukace fyzioterapeuta, který dávkuje množství terapie dle možnosti zátěže pro postiženou končetinu.

Pasivní pohybová terapie.

Při této formě terapie provádí pohyby zdravotník sám, bez účasti pacienta. Tato forma terapie připadá v úvahu zvláště v prvních pooperačních hodinách, dnech. Tato terapie musí být prováděna pomalými a plynulými pohyby, bez dorazu na konci pohybu.

Pohybová terapie svalů

K ošetření oslabených svalů používáme nejčastěji různé posilovací techniky. V první fázi po operaci užíváme takzvaná izometrická cvičení (kontrakci). Při těchto cvičích provádíme kontrakci svalu tak, aby nedošlo k pohybu operované končetiny. Kontrakce není obvykle dokonale izometrická, protože dojde přece jen k oslabení svalu postižené končetiny. V další fázi provádíme protahování svalů jako prevenci zkrácení svalů. Provádíme ho vždy ve směru hlavního pohybu svalu, který protahujeme.

Škola chůze a pomůcky při chůzi

Pokud pacient nemůže po určitou dobu některou nebo obě dolní končetiny, máme k dispozici pomůcky, které mu po řádné edukaci chůzi opět umožní. Jednou z pomůcek jsou vycházkové hole, které užíváme pouze výjimečně a to při mírném poškození chůze. Další pomůckou jsou podpažní berle, které jsou nejvhodnější pro pacienty s malou fyzickou silou, do nichž se může pacient v podstatě zavěsit a tím umožní odlehčení dolní končetiny až o 75% tělesní hmotnosti. Další pomůckou jsou francouzské berle, které umožní dolní končetiny až o 30% tělesní hmotnosti, proto jsou vhodné jako následná pomůcka po berlích podpažních. Celkovou rehabilitaci po zlomenině krčku kosti stehenní má v kompetencích fyzioterapeut (DUNGL, 2005).

1.11.2 Rehabilitace po TEP kyčelního kloubu

Pohybová léčba má být prováděna aktivně- volně svalovou kontrakcí pacienta a to je cílem rehabilitační léčby. Pasivní pohyb provádí fyzioterapeut, je nutné dodržovat rozsah pohyblivosti a dostatečné prokrvení končetin. Rehabilitační plán je vhodné zahájit již před operací. Předoperační plán zahrnuje dechovou gymnastiku, izometrické posilování svalstva, kondiční cvičení, nácvik polohování na lůžku, nácvik sedu a chůze.

V prvních dnech po operaci se rehabilitace zaměřuje na prevenci tromboembolické nemoci, plicní embolie a také je důležité zabránit vzniku dekubitů. Již od prvního pooperačního dne začíná nácvik sedu na lůžku, polohování dolních končetin jako prevence

flekčních kontraktur v oblasti kyčle a kolene. Pokud není možné zahájit aktivní rehabilitaci, zvolíme rehabilitaci pasivní.

1. den pooperační

- Operovaná končetina je uložena v antirotační botě po dobu 24hodin.
- Následuje výměna za měkké korýtko a polštář. Důležitý je polštář mezi koleny pacienta jako prevence luxace TEP.
- Dalším důležitým krokem je udržování operované končetiny ve vnitřní rotaci a abdukci.
- Provádí se dechová cvičení na lůžku a kondiční cvičení zdravých končetin jako prevence pneumonie.
- Provádíme izometrická cvičení gluteálních a stehenních svalů.
- Návčik přitahování trupu do sedu pomocí hrazdy.

Od 2. pooperačního dne

- Pasivní přetáčení pacienta na bok s polštářem mezi koleny.
- Začínáme návčik pasivní i asistované aktivní hybnosti operovaného kloubu- flexe do 90 stupňů, abdukce, vnitřní rotace.
- Zkoušíme posazování pacienta na lůžku a jeho vertikalizaci u lůžku s oporou francouzských holí.

Od 3. pooperačního dne

- Chůze o francouzských holích se simulací kroku operované dolní končetiny (došlap pouze váhou končetiny)
- Pacient se aktivně přetáčí na zdravý bok.
- Nacvičujeme chůzi a použití WC s nádstavcem

Od 10. pooperačního dne

- Aktivní léčebná tělesná výchova, kondiční cvičení, dechová gymnastika, sed na lůžku se svěřenými dolními končetinami.
- Důležité je vést pacienta k aktivitě, rehabilitaci nejlépe na rehabilitačním oddělení, lázeňská léčba.
- Velmi důležité je nekřížit dolní končetiny, nedělat flexi přes 90 stupňů. Pacient si nesmí sedat do hlubokého křesla nebo na nízkou židli, pacient musí lehat na zdravý bok s polštářem mezi koleny

Doporučení aktivity: Jízda na rotopedu, plavání, pravidelně provádět cvičení naučené při hospitalizaci (REPKO, 2012) (ŠŤASTNÝ, TRČ 2013).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S DIAGNÓZOU ZLOMENINA KRČKU KOSTI STEHENÍ

Monitoring

Na standardním oddělení sleduj TK, P, TT dle ordinace lékaře. Alespoň 1-2 krát denně dle ordinace lékaře, které mohou ukázat na patologický pooperační průběh. Dále zaměříme svou pozornost na další pooperační parametry jako je monitoring bolesti, výsledky vyšetření atd.

Pooperační bolest je základní doprovodný jev při každém operačním výkonu. Jedná se o nepříjemný subjektivní prožitek pacienta, který bývá doprovázen vegetativními a psychickými reakcemi, popřípadě změnou chování. Dbáme na tišení bolesti. Dále monitorujeme aplikaci léčiv dle ordinace lékaře a sledujeme jejich účinek.

Poloha a pohybový režim

Zajisti pacientovi vhodnou a pro něj pohodlnou polohu. Pokud je pacient imobilní důkladně polohuj co 2 hodiny a sleduj predilekční místa. Udržuj pacienta v suchu a pravidelně převlékej ložní prádlo jako prevence vzniku opruzenin a dekubitů.

Hygiena a oblékání

Hygienická péče v prvních dnech je omezena sníženou soběstačností pacienta a vlivem bolesti. Vždy se ale snažíme o včasnou aktivizaci pacienta. Nezapomínáme, že součástí hygienické péče je i péče o dutinu ústní, hlavně u seniorů nebo pacientů s imunodeficiencí. Důkladně sledujeme predilekční místa, která jsou imobilizací pacienta ohrožena vznikem dekubitů. V rámci prevence je důležitá i složka výživy a další opatření jako je například čisté ložní prádlo, polohování, promazávání kůže aj.

Spánek a odpočinek

Zjistí spánkové rituály pacienta a dle svých možností je respektuj a snaž se vyhovět přáním pacienta. Upravuj lůžko a pokoj dle přání pacienta. Snaž se zajistit noční klid a dostatečné zatemnění. Nezapomínej zajistit bezpečnost pacienta- prevence pádu! Ulož nebo pomoz pacientovi zajistit mu vhodnou polohu ke spánku nebo odpočinku. Pokud je to nutné podej vhodnou medikaci k podpoře spánku dle ordinace lékaře. Informuj pacienta o nutnosti dostatečného a přiměřeného pohybu. Informuj pacienta o nebezpečí vzniku TEN, kontraktur a zácpě při nedostatečném pohybu. Zajisti denní docházení fyzioterapeutů.

Výživa

Sleduj hmotnost a výšku pacienta, dle těchto hodnot zjistíš BMI. Stav výživy je nutné sledovat již v předoperační době s cílem snížení rizika malnutrice, která sebou nese zhoršenou rekonvalescenci v době pooperační. Zjistíš, jaká jídla pacient preferuje a jaká jsou jeho dietní omezení, chuť k jídlu před a po operaci. Nutné je sledovat stav sliznic, kožní turgor, zvracení, množství sekrece z drénu jako předcházení vzniku dehydratace. Vhodné je nabízet dostatek tekutin, sledovat bilanci tekutin a zhodnotit úroveň výživy a sebezpečí v oblasti výživy. Pokud pacient začne po operaci přijímat jídlo do několika dní, není zvláštní nutriční podpora zapotřebí. Ale pokud je příjem snížený více jak 5-7 dní, jedná se o pacienty podvýživné, s těžkým traumatem nebo sepsí atd. je zapotřebí nutriční podpora zapotřebí.

Vyprazdňování

Od operačního výkonu by se měl pacient vymočit 6- 8 hodin. Pokud se tak nestane, můžeme podpořit močení fyzikálními prostředky nebo zavedení PMK. Peristaltika GIT by se měla obnovit asi za 2-3 dny od operačního výkonu. Nezbytná je včasná rehabilitace, která napomáhá k motilitě střev. Sleduj četnost odchodu stolice, pravidelnost, barvu a příměsi stolice. Při zácpě či průjmu informuj lékaře. Sleduj inkontinenci jak v oblasti vylučování stolice, tak vylučování moči. Důležité je sledovat odchod plynů, zvýšená flatulence. Pokud má pacient zaveden PMK důkladně sleduj barvu, příměsi a množství moči a příznaky infekce.

Péče o invazivní vstupy a operační ránu

Invazivní stupy představují vstupní bránu infekce. Pacient má po operaci obvykle zajištěn žilní vstup (PVK, CVK) pro aplikaci medikace nebo infuzní terapie, dalším invazivním vstupem bývá drén pro odvod sekretu z rány. První operační den spočívá péče o operační ránu pouze v kontrole obvazového materiálu (prosakování, vzhled okolí kůže atd.). pokud krytí prosakuje, nadkryjeme ho další vrstvou sterilního krytí a pokud je i další vrstva nedostačující informujeme lékaře. Následující dny provádíme převaz za aseptických podmínek dle ordinace lékaře. Stehy z operační rány se vytahují 7.- 10. den po operaci dle stavu hojení rány.

Péče o drény

Hlavní funkcí drénu je odvádění tekutiny z ran a patologických ložisek. Obvykle se zavádí na operačním sále v průběhu výkonu a v době pooperační se sleduje sekrece a místo zavedení drénu. Vždy musí být zajištěny proti vypadnutí a to stehem ke kůži. Pravidelně se

převazují za aseptických podmínek a součástí převazu mohou být proplachy dezinfekčním nebo léčebným roztokem. V závislosti na odchodu sekretu je drén ponechán dle potřeby a ordinace lékaře.

Péče o jizvy

Péče o jizvy by měla předmětem edukace pacienta. V prvních dnech a týdnech po operaci je jizva červená a postupem času bledne.

Doporučení v péči o jizvy:

- Udržovat čerstvou jizvu v čistotě.
- Nestrhávat strup, ránu neškrábat a vyčkat do samovolného odloučení strupu.
- Vynechat koupání ve vaně první dva až čtyři týdny. Dovoleno je krátkodobé sprchování a to nejlépe vlažnou vodou.
- K mytí používáme jemné mýdlo bez parfemace alkoholu, mentolu, citrusových výtažků, eukalyptu, kafru aj., které by mohly dráždit kůži. Jizvu vysušíme mírným tlakem ručníkem.
- Provádíme tlakové masáže zhojené rány (cca 1-2 týdny po odstranění stehů). Třikrát denně masírujeme jizvu na 10 minut stlačováním proti její spodině a čekáme, až vybledne. Poté tlak uvolníme a po prokrvení místa pokračujeme dále v délce jizvy.
- Důkladně promašťujeme kůži a chráníme tak jizvu před přesycháním.

Vyšší potřeby

Uspokojování potřeb je hlavním cílem všech zdravotnických pracovníků. V případě nedostatečné saturace fyziologických potřeb jsou tyto potřeby pro nás prioritní. Musíme však mít na paměti, že hierarchie potřeb je individuální a v nemoci se může jednotlivé pořadí potřeb měnit. Nesmíme zapomínat na potřeby vyšší jako je seberealizace a sounáležitost, láska. Jejich neuspokojování může mít za následek smutek, depresi nebo beznaděj a tím ovlivnit celý proces rekonvalescence (SLEZÁKOVÁ, 2010), (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ 2011).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIANTA S DIAGNÓZOU ZLOMENINA KRČKU KOSTI STEHENÍ

Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je systematická a racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Cílem ošetřovatelského procesu je zhodnotit zdravotní stav pacienta, reálné a potencionální problémy péče o zdraví a také stanovit plány pro splnění stanovených cílů, poskytnout specifické ošetřovatelské intervence a zhodnotit jejich účinnost. Ošetřovatelský proces je cyklický, což znamená, že jeho složky následují za sebou v logickém pořadí, ale v tom stejném čase může být v činnosti současně více složek. Tento proces se skládá z 5 kroků. Těchto 5 kroků nejsou samostatné jednotky, ale překrývají se, každý jeho krok je nutné neustále přizpůsobovat změněné situaci, protože zdraví člověka není statické, ale neustále se mění. Ošetřovatelský proces individualizuje přístup ke každému pacientovi a zabezpečuje individuální ošetřovatelský plán řešení pacientova problému, individuální realizaci a hodnocení. Ošetřovatelský proces je zaměřen na sběr údajů, analýzu získaných údajů, stanovení ošetřovatelské diagnózy, plánování, realizaci a hodnocení dosažení stanovených cílů.

1. Posuzování

Posuzování je záměrný a systematický proces získávání logicky uspořádaného souboru údajů o pacientovi, nejen při vstupním pohovoru nebo vyšetření, ale také během doby kontaktu sestry s pacientem. Z toho důvodu se někdy používá také výraz „sběr informací“. Posuzování zahrnuje informace získané sestrou, nevyhnutelné pro aktivní a individuální ošetřovatelskou péči, priority označené samotným pacientem a očekávání pacienta vzhledem na potřeby, problémy, léčebné výkony a jeho vnímání onemocnění. Všechny tyto informace sestra získává na základě odborných vědomostí a porozumění lidskému chování ve zdraví i nemoci. Informace získáváme z různých zdrojů a to od pacienta anebo doprovázející osoby, vlastním pozorováním a fyzikálním vyšetřením sestrou, ze zdravotnické dokumentace, od příbuzných, od ostatního zdravotnického personálu. Máme dva typy získaných údajů. Prvním typem jsou informace subjektivní to jsou popisy vnímání svého stavu pacientem tak, jak to cítí on sám (bolest, strach...). Druhým typem jsou údaje objektivní a to jsou vnější projevy, které u pacienta můžeme vidět, poslouchat, cítit nebo hmatat (bledost, hodnoty TK, P, D...). metody získávání informací jsou rozhovor, pozorování a také fyzikální vyšetření sestrou.

U pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní se sleduje prokrvení končetiny, bolest, soběstačnost pacienta, vitální funkce, a pokud je pacient po operačním výkonu tak také stav operační rány, drény, otoky, hematomy.

2. Diagnostika

Druhým krokem ošetrovatelského procesu je diagnostika. Je to analytické syntetický proces. V tomto kroku ošetrovatelského procesu je cílem sestry zhodnotit pacientovy aktuální a potencionální potřeby a problémy. A ze získaných informací určit aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy.

Nejčastějšími ošetrovatelskými diagnózami, které se vyskytují u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní jsou: akutní bolest, omezená soběstačnost v oblasti hygieny, oblékání, výživy, riziko pádu, riziko vzniku dekubitů, hojení ran per sekundam, poruchy spánku.

3. Plánování

Plánování znamená projektování něčeho, co je zaměřené na dosažení cíle, výsledku. Podstatou třetího kroku ošetrovatelského procesu je formulace cílů, stanovení výsledných kritérií a sepsání ošetrovatelských intervencí, pomocí kterých zdravotnický personál dosáhne stanoveného cíle.

Zde uvádím příklad dg. akutní bolest

Cíl: Pacientova bolest se sníží.

Výsledná kritéria:

Pacient zná příčiny bolesti do 1/2 hodiny.

Pacientova bolest se sníží po aplikaci analgetik i.m. o 2 stupně na škále VAS do 1 hodiny.

Pacient umí hodnotit svou bolest na škále VAS do 1 hodiny.

Pacient umí zaujmout úlevovou polohu při bolesti do 1/2 hodiny.

Pacient vyjadřuje verbálně i neverbálně pocit úlevy do 1 hodin

Intervence:

- Zjistí stupeň bolesti na škále VAS co 2 hodiny. (sestra)
- Pouč pacienta o úlevové poloze. (sestra, lékař)
- Zjistí typ a kvalitu bolesti. (sestra)

4. Realizace

Realizace znamená vykonání ošetrovatelských intervencí zaznamenaných v plánu ošetrovatelské péče v praxi a je zaměřená na dosažení cíle. Sestra musí vždy provést záznam o tom, kdy jakou intervencí splnila a jaký byl výsledek.

- Zjišťovala jsem bolest na škále VAS co 2 hodiny.

- Pacienta jsem poučila o úlevové poloze.
- Zjistila jsem typ a kvalitu bolesti.

5. Hodnocení

Pátý krok se zabývá určením, v jakém rozsahu byly splněny stanovené cíle. Cíle je možné hodnotit takto: cíl byl splněn (dosažen), cíl byl splněný částečně, cíl nebyl splněn. V případě, kdy dojde v hodnocení k závěru – cíl nesplněn, je třeba zjistit příčinu, přehodnotit cíle, výsledná kritéria a přepracovat ošetrovatelské intervence (SYSEL, 2011).

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 1- Identifikační údaje

Jméno a příjmení: A. B.	Pohlaví: Muž
Datum narození: 00.00.0000	Věk: 75
Adresa bydliště a telefon: Havířov, 000000000	
Adresa příbuzných: Havířov	
RČ: 0000000/00	Číslo poštovny: 213
Vzdělání: Učitel pro základní školu	Zaměstnání: Starobní důchod
Stav: Vdovec	Státní příslušnost: Česká
Datum přijetí: 8. 3. 2014	Typ přijetí: Akutní
Oddělení: Chirurgie 1	Ošetřující lékař: MUDr. D. Z.

Důvod přijetí udávaný pacientem: Dnes jsem šel na WC, nohy už mi neslouží tak, jak by asi měli a ani nevím, co se stalo. Uvědomuji si pouze to, že jsem ležel na zemi a velmi mě bolela pravá noha a taky trochu hlava, asi jsem se praštil i do ní. Nedokázal jsem se postavit. Naštěstí mi syn dal k 70 narozeninám telefon a ten nosím stále u sebe, když jsem byl ze začátku proti tomu. Jsem rád, že jsem syna poslechl, nevím, jak jinak bych se dovolal pomoci. Žiju sám. Zavolaal jsem si sanitku a pak už mě dovezli tady.

Medicínská diagnóza hlavní:

Zlomenina krčku kosti stehenní, zavřená, vpravo

Pád na rovině po uklouznutí, zakopnutí

Medicínské diagnózy vedlejší:

DM nezávislý na inzulínu

Esenciální (primární) hypertenze

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

Tabulka 2- vitální funkce při přijetí

TK: 140/90	Výška: 172cm
P: 76	Hmotnost: 85kg
D: 18	BMI: 28,7
TT: 36.9	Pohyblivost: minimální
Stav vědomí: při vědomí, orientovaný	Krevní skupina: A negativní

Nynější onemocnění: Pacient přivezen RZS na chirurgickou ambulanci nemocnice Havířov, kde byl proveden RTG kyčlí a plic, na základě uváděných důvodů přivezení pacienta. Zjištěna zlomenina krčku kosti stehenní, vpravo. Pacient přijat na chirurgické oddělení 1 pro úpravu zdravotního stavu pacienta a chirurgickou léčbu.

Informační zdroje: dokumentace, pacient, lékař, ošetřující personál

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: matka zemřela v 83 letech pro CA krčku dělohy

Otec: zemřel v 88 akutní infarkt myokardu, léčil se pro vysoký cholesterol v krvi

Sourozenci: Bratr 67 let se léčí pro diabetes mellitus závislý na inzulinu, jinak relativně zdrav

Děti: Má dva syny 50 a 53 let, oba zdraví. Má vnučku 33 let a dva vnuky 25 a 22 let. Vnukové zdraví.

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění: překonána běžná infekční onemocnění, chronicky se léčí pro DM II. typu a primární hypertenzi

Hospitalizace a operace: byl hospitalizován pouze dvakrát a to pro dekompenzaci DM v roce 2004 a poté pro cholecystektomii (rok si nepamatuje, snad kolem roku 1980)

Úrazy: zlomenina pravé pažní kosti (nepamatuje si kdy, ještě v dětství)

Transfúze: 0

Očkování: běžná očkování dle očkovacího kalendáře

Léková anamnéza

Tabulka 3- Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Dilatrent	Tableta	25mg	1-0-1	Sympatolytika
Furon	Tableta	40mg	½-0-0	Diuretika
Glurenorm	Tableta		1-0-0	Antidiabetika
Pentomer ret.	Tableta	400mg	1-0-1	Vazodilatancia
Sortis	Tableta	20mg	0-0-1	Hypolipidemika
Tanyz	Tableta		1-0-0	Varia
Tritace	Tableta	1,25mg	1-0-0	Hypotenziva
Warfarin	Tableta	5mg	1-0-0	Antikoagulancia

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: kiwi, rajče

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

ABÚZY

Alkohol: příležitostně, rád si dá pivo po obědě

Kouření: už nekouří, do 60 let kouřil cca 15 cigaret denně

Káva: nejčastěji si dá kávu (instantní) ráno ke snídani, během dne kávu nepije

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

Urologická anamnéza

Tabulka 4- Urologická anamnéza

<i>Překonané urologické onemocnění:</i> pouze jedenkrát pocíťoval pálení a řezání při močení, ale „nějak“ to vyléčil sám
<i>Poslední návštěva u urologa:</i> nikdy urologa nevyhledal
<i>Samovyšetřování semeníků:</i> neprovádí

Sociální anamnéza

Stav: Vdovec.

Bytové podmínky: Bydlí v bytě 2+1, ve kterém žil se svou ženou.

Vztahy, role a interakce v rodině: Zastává role otce, dědečka, strýce, bratra. Se všemi má dobré sociální vztahy, je to nekonfliktní osoba. Občas se navštěvují, ale protože ho bolívají nohy, tak většinou chodí návštěvy k němu do bytu. Nejčastěji přichází synové a to hlavně po smrti matky, která zemřela před pěti lety.

Mimo rodiny: Občas navštíví klub seniorů (cca 1-2 za měsíc), který má asi 200 metrů od bytu.

Volnočasové aktivity: Rád ve volném čase čte, luští křížovky, chodí na krátké procházky se svým psem a sleduje televizní seriály.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: Učitel pro základní školu.

Pracovní zařazení: Vykonával profesi učitele na 2. stupni základní školy (čeština a zeměpis).

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: Jako učitel pracoval asi 40 let, a nyní pobírá desátým rokem starobní důchod.

Vztahy na pracovišti: Měl vždy dobré s kolegy vycházel bez větších komplikací, nyní už se s bývalými kolegy neschází.

Ekonomické podmínky: „Dá se to zvládnout“ tvrdí pacient, z důchodu vždy zaplatí to nejdůležitější a poté přemýšlí, co udělá s penězi dál.

Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky: Pacient není věřící.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 16. 3. 2014

Tabulka 5- Popis fyzického stavu

Popis fyzického stavu- Fyzikální assesment		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Hlava mě vůbec nebolí, s tím jsem nikdy problémy neměl. Krk mám taky pořádku, necítím se nechlazený“.	Hlava pokleповě nebolestivá, lebka normocefalická. Držení hlavy je přirozené, bez známek traumatu. Příušní žlázy nezvětšené. Mimika symetrická. Oči: bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické, bez nystagmu, spojivky růžové, skléry bílé. Používá brýle na čtení. Oční víčka bez patologických změn. Uši: slyší dobře, zvukovod bez sekrece. Nos bez sekrece, volně přes něj dýchá. Ústa: rty růžové, jazyk se plazí středem, bez povlaku, koutky úst symetrické. Chrup umělý (horní i dolní protéza), bez zápachu z úst. Krk: Krční páteř volně pohyblivá, nebolestivá, pulsace karotid symetrické, náplň krčních žil nezvětšena, uzliny a štítná žláza nehmatné.
Hrudník a dýchací systém	„Teď se mi dýchá dobře, občas mívám mírné potíže s dýcháním, ale opravdu jen,	Hrudník - symetrický, dýchání čisté alveolární. Dýchání je čisté, bez vedlejších

	že se mi dýchá trošku ztěžka, když je hodně smogu ve vzduchu. Myslím si, že v našem kraji (Moravskoslezském) se musí trošku hůř dýchat každému“.	dechových fenoménů, počet dechů za minutu je 18.
Srdcově- cévní systém	„ No já sám vím, že mám občas vysoký krevní tlak, ale když jím pravidelně léky tak je to bez potíží. Nyní se cítím dobře, necítím, že by bylo něco v nepořádku. Jinak jsem se srdíčkem neměl nikdy problémy“.	Krevní tlak změřen 1 hodinu po užití hypotenziva Tritace 1,25mg. TK- 130/70, P- 76 tepů za minutu.
Břicho a GIT	„ S břichem a celkově se zažívacím traktem sem nikdy problémy neměl, můžu sníst cokoliv a bude mi vždycky dobře od žaludku, ale protože mám tu cukrovku, musím se trošku hlídat, co sníst můžu a co ne. Tady v nemocnici je to fajn, dáte mi vždycky jídlo a já vím, že ho můžu sníst bez obav“.	Břicho: měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, bez rezistence, bez známek dráždění, poklep bubínkový. Stolice odchází pravidelně, peristaltika funguje.
Močově pohlavní systém	„Ten katétr mi vyhovuje, sám si na záchod nezajdu a do bažanta čůrat se mi moc nechce (zdá se mi to hnusné). Pan doktor říkal, že zítra už se to vytáhnout bude muset, abych měl i víc motivace do rehabilitace. Nepocit'uju	Zaveden permanentní močový katétr před operačním výkonem. Na žádost pacienta ponechán ještě dnes, ale zítra je v plánu PMK zrušit. Okolí katétru nejeví žádné známky infekce a katétr je plně funkční, neobtéká. Moč je

	bolest, řezání ani pálení kolem té hadičky. S čůráním se nikdy problém neměl, chodím sice doma často, ale jde to dobře“.	slámově žlutá, bez příměsí, bilance tekutin vyrovnaná.
Kostrově- svalový systém	„ No to víte, že mě to bolí. Nevím, jestli to jsou kosti nebo svaly, ale asi obojí a hlavně teď ta operovaná noha, ale je to už určitě menší bolest než před a po operaci. Nejvíc mě to bolí při rehabilitaci, ale vím, že tu bolest musím překonat, nechci přece zůstat pořád tady na tom lůžku. Jinak mě nic moc nebolí jen občas ta zlomená ruka z dětství, při změně počasí“.	Dolní končetiny- pulsace do periferie hmatné, bez otoků, bez varixů, operační rány klidné, bez známek infekce, hematoma na ploše pravého stehna, bez výraznějšího otoku, mírně bolestivý. Obě končetiny prokrvené. Pacient je soběstačný s pomocí, zvládá chůzi ve vysokém chodítku s doprovodem. Chůze je nestabilní. Denně na oddělení dochází fyzioterapeut, který s pacientem rehabilituje. Na škále bolesti VAS určil pacient bolest číslem 3, pokud je v klidu na lůžku a číslem 5 při chůzi.
Nervově- smyslový systém	„ S nervy nemám problém vůbec žádný, a celkem mi to i myslí, to je díky tomu, že luštím ty křížovky. Vidím dobře, jen na to čtení už si vezmu brýle, slyším taky dobře“.	Pacient netrpí žádnou poruchou CNS, pravidelně dochází na kontroly do diabetologické ambulance, hmat, sluch, čich a chuť jsou v pořádku. Vidí také dobře, trpí pouze dalekozrakostí, má brýle na čtení.
Endokrinní systém	„ Se štítnou žlázou jsem nikdy problém neměl, ale tu	Štítná žláza nehmatná, nebolestivá, nezvětšená.

	<p>cukrovku mám no. Naštěstí není u mě tak silná, beru na to jen prášky a snažím se dodržovat i tu dietu, ale musím se přiznat, že někdy si dám i kousek čokolády. Cukrovku máme v rodině, bratří má taky, ale ten už si musí píchat inzulín a má i problémy s ledvinami. Já naštěstí žádné problémy nemám“.</p>	<p>Pacient dochází pravidelně do diabetologické ambulance, léčí se pro DM II. typu nezávislý na inzulínu. Stav glykemie během hospitalizace příznivý bez známek dekompenzace. Stav glykémie 16. 3. 2014 v 11 hodin- 6,2mmol/l. jiné projevy hormonálních poruch nejsou známy, ani sledovány.</p>
Imunologický systém	<p>„ Když sním rajče nebo kiwi svědí mě hrozně moc jazyk, tak to nejím, ale jinak si myslím, že na nic alergický nejsem. Venku nemám problém, nekýchám, ani nemám rýmu, když kvetou květiny“.</p>	<p>Pacient se neléčí v žádné ambulanci. Alergie nebo nemoci imunitního systému nejuje.</p>
Kůže a její adnexa	<p>„ Kůži si mám asi v pořádku, jen teď po operaci se mi udělala velká modřina na noze, ale to se zahojí, říkal lékař. Občas mě kůže svědí tak si jí namažu krémem a to svědění přejde“.</p>	<p>Kůže pacienta je suchá, pravidelně promazávána a pacient je veden k aktivnímu pohybu i polohování sebe sama, jako prevence vzniku dekubitů. Hematom na pravém stehně třikrát denně promazáván Heparoidem mastí. Končetiny bez otoků. Nehty jsou upravovány synem, krátké čisté.</p>

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Tabulka 6- Aktivity denního života

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	Dodržujete doma nějakou dietu? „Snažím se. Dodržuji dietu na tu cukrovku (dieta diabetická), ale občas si dám i nějakou potravinu, kterou vím, že bych jíst neměl. Léky užívám pravidelně a poctivě. Mám je hezky naloupané dobře v dávkovači a tak vím, co si mám vzít. Léky chystám vždy se starším synem, abych nějaké nepopletl“.	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacienta doma.
	V nemocnici	„U vás se snažím dodržovat dietu tak jak se má. Pan doktor říkal, že nesmím mít špatný cukr jinak se mi ta rána nezahojí, tak se snažím. Jídlo je dobré, já sním všechno a je toho dost, hlad tady určitě nemám. Občas mi přijde chuť na něco sladkého, ale protože to tu nemám tak si to ani vzít nemůžu, radši si dám třeba jablko“.	Pacient měří 172cm a váží 85kg. BMI je 28,7 což je mírná nadváha. Pacient má dietu č.9-diabetickou. S dietou je již seznámen delší dobu, dochází do diabetologické ambulance. Ví jak dietu dodržovat. Dietu objektivně dodržuje a má pozitivní pohled na

			léčbu DM. Chuť k jídlu je dobrá a příjem perorální je dostačující. Nadále se bude sledovat dodržování diety pacientem.
Příjem tekutin	Doma	„Piju vodu, čaj a i to pivo si dám, ne moc, ale tak ty dvě denně vypiju. Víím, že bych neměl. Kolik vypijete denně tekutin? Tak přesně vám to sestřičko neřeknu, ale ten 1,5 litru určitě jo, víím, že to je důležité. Piju, ikdyž necítím žízeň“.	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacienta doma.
	V nemocnici	„V nemocnici dostávám čaj a někdy mi i synové a návštěva donesou třeba minerálku. Piju stejně jako doma, vždycky když si vzpomenu anebo když mám žízeň napiju se“.	Příjem tekutin je 1,5 litru a více. Pacient je v tomto směru bezproblémový a dodržuje rady zdravotnického personálu. Nadále sledujeme příjem tekutin. Parenterální doplňování tekutin není nutné.
Vylučování moče	Doma	„Doma chodím čůrat tak devětkrát denně, nevíím to přesně nepočítám si to. Chodím častěji než zamlada, ale jinak nemám s močením žádné	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacienta doma.

		problémy“.	
	V nemocnici	„Tady mám hned od příjezdu na oddělení danou tu hadičku, je to pohodlné musím přiznat, ale vím, že to nejde mít pořád. Zítra se to vytáhne a tak budu zase chodit na záchod“.	Na oddělení je zaveden PMK z důvodu dřívější imobility pacienta a poté na žádost pacienta. Dnes již lékařem naordinováno zrušení PMK 17. 3. 2014. Moč je čirá, bez příměsí. PMK funkční, bez známek zánětu. Bilance tekutin je vyrovnaná.
Vylučování stolice	Doma	„Občas mám mi to jde ztěžka, ale samo se to potom upraví, taky záleží hodně na tom co jím. Když mám zácpu tak to léčím tím, že vypiju vodu z kysaného zelí, to zabere vždycky. Stolici jsem měl tak jednou za dva dny“.	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacienta doma.
	V nemocnici	„Tady je to dobré, když sem po operaci nemohl na záchod tak sem to řekl lékaři a pak mi sestřičky dali nějaký sirup a po něm to pak šlo. Teď to je už pořádku, trošku pochodím v chodítku a jde to. Stolici mám tak jednou za dva	Prováděn pravidelně záznam stolice. Stolice je již pravidelná, a pokud se projeví zácpa, je lékařem naordinován Laktulóza sirup. Stolice je formovaná, bez příměsí. Poslední

		dny to je u mě normální“.	stolice byla 15. 3. 2014.
Spánek a bdění	Doma	„Doma mám pohodlnou postel a spím bez potíží, občas mě probudí močení, vymočím se a pak zase usnu“.	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacienta doma.
	V nemocnici	„Na začátku to byla hrůza nemohl jsem spát od bolesti, když jsem dostal injekci tak to trochu zabralo ale za 2-3 hodiny mě zas ta bolest probudila. Teď už je to dobré injekci nebo infuzi chci vždycky před spaním kolem 21 hodiny a pak se mi spí dobře. Jen občas mě sestřička probudí, abych se otočil na jiný bok, to mi někdy vadí, ale zase mě tady nebudí to čůrání jako doma“.	Spánek je narušen bolestí, obtížné je usnout. Po aplikaci analgetik pacient usne a spí tvrdě, až do rána. Spánek je kvalitní, pacient se probouzí odpočatý a většinou s dobrou náladou.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Rád si čtu nebo luštím ty křížovky, podívám se i na televizi. Mám rád ty moje seriály, na které se dívám. Chodím taky s mým psem na kratší procházky, vždycky tak na 5-10 minut jdeme alespoň 4krát denně kolem domu. Když je mi hodně smutno po	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacienta doma.

		společnosti zajdu do našeho klubu seniorů, který mám kousek od bytu“.	
	V nemocnici	„Tady mám zase trochu jiné aktivity. Hodně cvičím a taky si rád povídám s ostatními pacienty anebo se sestřičkami. Jen mi chybí ty procházky s mým psem, ten je teď u syna a určitě se mu tam stýská, protože syn musí chodit do práce a on je tam sám. Když je chvílka času luštím křížovky. Televizi tu máme a tak sleduju moje oblíbené seriály“.	Pacient je aktivní, rád rehabilituje a zlepšuje svůj zdravotní stav. Se spolupacienty si rozumí. Po obědě si rád zdřímne.
Hygiena	Doma	„Tak doma sem žádný problém s umýváním neměl. Koupal jsem se většinou večer a zvládal jsem to sám“.	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacienta doma.
	V nemocnici	„Teď po operaci je to s tím pohybem celkově horší. Hygienu u umyvadla zvládám sám, umyvadlo mám hned u postele, ale při sprchování potřebuji pomoc. Mám strach, že znovu upadnu tak mi sestřičky pomáhají“.	Nutná dopomoc při hygienické péči. Celková koupel prováděna alespoň třikrát do týdne. U umyvadla hygienickou péči pacient zvládá sám, pouze mu

			pomáháme, pokud potřebuje například umýt zřada.
Samostatnost	Doma	„Doma jsem všechno zvládal, dám. Peru si, vařím a taky uklízím. Jen když jsem potřeboval něco těžkého z obchodu tak mi to synové dovezli autem, ale jinak jsem si zašel i do našeho malého obchodu kousek od bytu“.	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacienta doma.
	V nemocnici	„Snažím se být samostatný také tady. Jídlo mi dáváte k posteli, protože v jídelně jsou nízké židle, ze kterých bych nevstal. No co zvládnou, to si udělám sám“.	Pacient je velice snaživý, má velkou motivaci a snahu si vše co zle zajistit sám. Dopomoc je nutná při hygienické péči, při oblékání. Dohlížíme na dodržování diabetické diety a na rehabilitaci.

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

Tabulka 7- posouzení psychického stavu

Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		„Jsem v pořádku“.	Pacient je plně při vědomí.
Orientace		„Vím, kde jsem, kolik mi je let a také kterého je, myslím, že s orientací nemám potíže“.	Pacient je orientován místem, časem i osobou.
Nálada		„Občas jsem smutný z toho mého úrazu, ale jsem celý život optimista a tak věřím, že se to zpraví. Všichni mě tady chválí, že dělám velké pokroky“.	Pacient má po většinu dne dobrou náladu, komunikuje se zdravotnickým personálem, ostatními pacienty i s návštěvou.
Paměť	Staropaměť	„Na to kolik mi je let si pamatuji z minulosti vše celkem dobře“.	Pacient si téměř vše pamatuje. Výbavnost je snižená- chvilku trvá, než si na určité věci vzpomene.
	Novopaměť	„Občas zapomínám. Musím si zapisovat, co chci třeba nakoupit, ale jinak si celkem věci pamatuji“.	Pacient si pamatuje nové věci dobře. Paměť trénuje luštěním křížovek.
Myšlení		„Celý život jsem se jako učitel musel pořádně něco učit a tak i moje myšlení je pořádku“.	Pacient plně chápe kladené otázky, reaguje na ně adekvátně. Slovní vyjadřování je bez problémů, mluví plynule. Myšlení má logické.
Temperament		„Jsem trochu výbušný, ale jinak vycházím s každým. Já si myslím, že život je“.	Pacient je příjemný, během hospitalizace bez komplikací. Pokud má

	kompromis“.	pacient bolesti je mírně nevrlý, po aplikaci analgetik a ústupu bolesti má opět příjemné vystupování.
Sebehodnocení	„To já nevím jak bych se měl hodnotit sestřičko to musí hodnotit jiní“.	Pacient se nezvládá ohodnotit.
Vnímaní zdraví	„Teď už je to řekl bych lepší než před operací, dobré to ještě není, ale určitě se to spraví. Nikdy jsem nebyval nemocný jen mám tu cukrovku, ale to celkem zvládám“.	Pacient hodnotí své zdraví jako zhoršené, ale věří v uzdravení. Pacienta vedeme k samostatnosti a zvládání sebepečce.
Vnímaní zdravotního stavu	„Mám strach, že se budou teď ty pády opakovat, už mi tady nabízela sestřička, že bych mohl žít v domově důchodců, ale předtím půjdu na rehabilitační oddělení, říkal pan doktor“.	Pacient projevuje obavy z budoucnosti. Po ukončení rehabilitace uvažuje o přestěhování do domova seniorů.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Ta bolest je obtěžující, ale je den odedne menší a já to všechno zvládám lépe“.	Pacient zvládá své onemocnění velmi dobře.
Reakci na hospitalizaci	„Budete se asi divit, ale mně se tady líbí. Našel jsem si tu kamaráda a sestřičky jsou tady hodné. Nic mi tady nechybí“.	Hospitalizaci pacient zvládá velmi dobře. Neprojevuje známky hospitalismu.
Adaptace na onemocnění	„Bude chvilku trvat, než si	Pacient se s onemocněním

	<p>zvyknu na to, že musím být opatrný. Věděl jsem to i před tím úrazem, ale bral jsem to na lehkou váhu. Mrzí mě, co se stalo, ale alespoň to mám jako ponaučení“.</p>	<p>smířil, je z něj trochu smutný. Není připraven na to, že bude muset být opatrnější a také na to, že se mi částečně změní život.</p>
<p>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</p>	<p>„Bojím se, co bude dál. Nevím, jak se to vyřádí s bytem, asi ho dám nejmladšímu vnukovi. Nechci otravovat celou rodinu, už tak mají práce dost. Stres to je teď moderní slovo no prostě se toho, až mě odsud propustíte bojím“.</p>	<p>Pacient projevuje obavy z budoucnosti. Zajištěno konzilium se sociální sestrou, která pacientovi vysvětlí možnosti bydlení. Bojí se, aby bylo všechno vyřízeno hladce a bez větší zátěže rodiny.</p>
<p>Zkušenosti z předchozích hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)</p>	<p>„Já moc po nemocnicích nechodím, jen v mládí mi odoperovali žlučník a pak jsem jednou ležel v nemocnici kvůli cukrovce. Na té interně byli některé sestřičky zlé a protivné, ale všechno jsem kolem sebe zvládal sám tak se mě to jejich chování nijak nedotklo. Tady je všechno pořádku“.</p>	<p>Pacient má pouze jednu špatnou zkušenost z předešle hospitalizace a to nevhodné chování sester. Nyní je s průběhem hospitalizace spokojen.</p>

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

Tabulka 8- Posouzení sociálního stavu

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Rád si povídám, jsem komunikativní člověk a vždy jsem byl“.	Pacient komunikuje bez potíží, řeč je plynulá, občas se při mluvení zadrhne. Slovní zásoba je dobrá.
	Neverbální	„Já nevím snad se tváním normálně“.	Pacient je po celou dobu rozhovoru soustředěný, udržuje oční kontakt. Řeč vhodně doplňuje mimikou.
Informovanost	O onemocnění	„No vím, že jsem si zlomil stehenní kost, a že mi tam dali šrouby, ale víc nevím a ani vědět nechci. Někdy je lepší nic nevědět. O cukrovce vím snad všechno, vím co jíst jak beru léky a taky u sebe nosím tu kartičku, kdyby se mi udělalo zle“.	Pacient je o svém onemocnění částečně informován. V medicínské části má nedostatky, ale nevyžaduje doplnění informací. Ví jaká má dodržovat opatření a také je dodržuje. O DM je pacient dobře informován již z předešlých let života.
	O diagnost. metodách	„Vždycky když mě něco čeká tak se mi to tady hezky vysvětlí a já pak nemám strach. Pokud něco nevím tak se zeptám“.	Pacient vždy informován o diagnostické metodě, které se podrobí.
	O léčbě a dietě	„Myslím si, že vím všechno, co potřebuji. Ví, co mám jíst a taky vím, že pokud něco potřebuju, mám si radši zazvonit a sestřičky mi“.	Pacient je o léčbě a své diabetické dietě, kterou dodržuje již řadu let plně informován a dodržuje léčebný režim.

		pomůžou. Vím, že třeba nesmím sám na záchod, kdybych se na to cítil, nebo že když by mi bylo zle tak to mám hned hlásit“.	
	O délce hospitalizace	„Pan doktor říkal, že bych se měl rozmyslet co nejdřív, jak to vyřeším s tím bydlením. Říkal, že se to zařídí a tak asi po rehabilitaci bych mohl jít domů. Teda do toho domova seniorů. Na to rehabilitační oddělení bych měl jít 22.3.“.	Pacient je o délce hospitalizace informován a je s ní smířen. Na chirurgickém oddělení zůstane přibližně ještě 6 dní.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„No jsem dědeček a taky otec jestli myslíte tohle“.	Pacient nechápe plně otázku a proto je odpověď neadekvátní. Zastává roli důchodce.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Já nevím co to je“.	Pacient je otec, dědeček, kamarád a strýc- jeho role jsou v nemocnici naplňovány pouze minimálně.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Opravdu netuším, co to terciální role jsou“.	Pacient se snaží dělat vše, co mu jeho zdravotní stav dovolí.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: odběry krve (biochemické vyšetření, hematologické vyšetření- krevní obraz), RTG pravé kyčle

Výsledky:

Biochemické vyšetření, krevní obraz- výsledky vyšetření byly u pacienta v rozmezí normy.

Popis RTG pravé kyčle- končetina ve vyhovujícím postavení, stav po osteosyntéze.

Konzervativní léčba:

Dieta: 9

Výživa: per os

Pohybový režim: soběstačný s pomocí

RHB: nácvik chůze ve vysokém chodítku, nácvik sedu, nácvik sebeděče

Medikamentózní léčba

Per os:

Dilatrent 25mg 1-0-1

Furon 40mg ½-0-0

Glurenorm 1-0-0

Pentomer ret. 400mg 1-0-1

Sortis 20mg 0-0-1

Tritace 1,25m g 1-0-0

Laktuloza 5ml 1-1-1

Intra venózní: 100ml RF1/1 + 5ml Novalgin při VAS \geq 4, max. co 8 hodin

Per rectum:0

Intra muskulární: Novalgim 2ml i.m. při VAS \geq 3, max. co 8 hodin

Subkutanní: Fraxiparine multi 0,3ml 8-20h.

Jiná: Heparoid mast na hematom pravého stehna, Suprasorb P+ bactroban ung. + elaspor na dekubit.

Chirurgická léčba: Pacient je 7 den po osteosyntéze zlomeniny krčku kosti stehenní. Operační rána klidná, hojení per primam. Bez otoků dolních končetin, hematoma na pravém stehně.

Situační analýza

Pacient A.B. byl akutně přijat na chirurgické oddělení 1, NSP Havířov 8. 3. 2014 ve 20hodin pro zlomeninu stehenní kosti pravé dolní končetiny. Pacient se léčí pro DM a pro hypertenzi. Dnes 16.3. 2014 je pacient 7. operační den po osteosyntéze. Subjektivně je pacient při vědomí, nezvrací. Orientován časem i místem, komunikace bez obtíží. Udává bolest pravé dolní končetiny na stupnici VAS 0-10 označuje bolest číslem 4. Pacient je tlumen analgetiky, která bolest snižují. Pacient je částečně mobilní, nutná dopomoc při hygienické péči a všedních úkonech. Pán A.B. dvakrát denně rehabilituje s fyzioterapeuty a postupně se učí zvládat sed a chůzi v chodítku. Vitální funkce- TK: 140/90, P:76/min, dechů 18/ min. Lékař naordinoval krevní odběry (BV, KO). Dnes proběhl kontrolní RTG pravé kyčle. Pacient má zajištěno PŽK, okolí vstupu bez známek zánětu. Je zajištěn PMK z důvodů omezené soběstačnosti pacienta. PMK průchodný, moč čirá, bez příměsí. Na vnitřním kotníku je dekubit 2. stupně. Dekubit je ošetřen Betadine ung. a sterilním krytím. Hydratace je přiměřená. Bilance tekutin je vyrovnaná. Operační rána je překryta sterilním krytím, rány jsou klidné bez známek zánětu, stehy ponechány. Pacient je v dobrém psychickém rozpoložení, spolupracuje a dodržuje léčebný režim.

STANOVENÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ ZE DNE 16. 3. 2014 A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Seznam aktuálních sesterských diagnóz:

- Akutní bolest pravé dolní končetiny z důvodu operačního výkonu, projevující se slovním vyjádřením, mimikou tváře, vyžadováním analgetik.
- Deficit sebedpěče v oblasti hygieny z důvodu omezené mobility, pooperačního stavu, bolestí projevující se žádáním pacienta o pomoc při hygieně, nestabilitě při provádění hygieny.
- Poškození kožní integrity z důvodu předchozí imobility, onemocnění DM projevující se vznikem dekubitu 2. stupně.
- Strach z budoucnosti z důvodu ztráty sociální jistoty, nemožnosti bydlet sám, projevující se slovním vyjádřením obav z následujícího bydlení.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

- Riziko pádu z důvodu omezené mobility.
- Riziko vzniku infekce z důvodu operační rány, PMK, dekubitu na kotníku.
- Riziko porušení vylučování moči z důvodu zavedení PMK.
- Riziko vzniku hyper- hypoglykemie z důvodu nedodržování diabetické diety.
- Riziko dalšího poškození kožní integrity z důvodu omezené soběstačnosti pacienta a onemocnění DM.
- Riziko porušeného spánku z důvodu bolesti pravé dolní končetiny.

<p>1. Sesterská diagnóza</p> <p>Akutní bolest pravé dolní končetiny z důvodu operačního výkonu, projevující se slovním vyjádřením, mimikou tváře, vyžadováním analgetik.</p>
<p>Cíl</p> <p>Pacientova bolest bude na stupnici VAS označována maximálně číslem 2.</p>
<p>Priorita</p> <p>Střední.</p>
<p>Výsledná kritéria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacient zná příčiny bolesti do 1/2 hodiny. • Pacientova bolest se sníží. po aplikaci analgetik i.v. o 2 stupně na škále VAS do 2 hodin. • Pacient umí hodnotit svou bolest na škále VAS do 1 hodiny. • Pacient umí zaujmout úlevovou polohu při bolesti do 1/2 hodiny. • Pacient vyjadřuje verbálně i neverbálně pocit úlevy do 1 hodiny
<p>Plán intervencí</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zhodnot' kvalitu, typ, nástup, trvání, frekvenci, zhoršující se faktory bolesti, změnu bolesti během dne / sestra. • Zhodnot' pacientovu bolest na škále VAS minimálně třikrát denně / sestra. • Sleduj verbální a neverbální příznaky bolesti / sestra, ošetřovatelka. • Sleduj zaujímání úlevové polohy pacienta / sestra, ošetřovatelka. • Zhodnot' možné příčiny vzniku bolesti a zhoršující faktory / sestra, lékař. • Sleduj a zaznamenávej fyziologické funkce třikrát denně / sestra. • Edukuj pacienta možných úlevových metodách / sestra, lékař. • Aplikuj léky dle ordinace lékaře- sleduj účinek, nástup a délku účinku analgetik, zaznamenávej účinek / sestra. <p>Sestavila Ferdiánová.</p>
<p>Realizace</p> <p>6:30 Zhodnocena bolest.</p> <p>6:30- 18:00 Sledovány verbální a neverbální projevy bolesti.</p> <p>6:30- 18:00 Měření vitálních funkcí třikrát denně.</p> <p>7:00 Zhodnocena bolest na stupnici VAS.</p> <p>7:15 Pacient edukován o možných úlevových metodách jakou jsou- úlevová poloha, led na</p>

operovanou končetinu, končetina v elevaci, odpoutání se od bolesti například sledováním televize, luštěním křížovek.

8:10 Zhodnocena bolest na stupnici VAS.

8:20 S lékařem konzultovány možné příčiny vzniku a zhoršující faktory bolesti.

8:30 Aplikovány analgetika dle ordinace lékaře i.m.

9:30 Sledován účinek aplikovaných analgetik.

10:30 Nadále sledován účinek analgetik a zhodnotila jsem bolest na VAS.

Hodnocení po 2 hodinách

Pacient je 7 den po operaci. Pociťuje bolest pravé dolní končetiny a to hlavně v oblasti kyčle. Bolest hodnocena na VAS číslem 4. Vitální funkce jsou v normě TK 130/70, P 74/min, TT 36,8. Pacient zaujímá úlevovou polohu s mírným efektem. Aplikováno analgetikum Novalgin 5ml + 100ml RF 1/1 i.v.

Hodnocení po 3 hodinách

Pacient stále zaujímá úlevovou polohu. Verbalizuje však úlevu a bolest hodnotí na vizuální analogové škále číslem 3. Toto číslo dle pacienta znamená mírnou bolest. Vitální funkce měřeny TK 130/70, P 70/min, TT 36,8.

Hodnocení po 4 hodinách

Pacient již nezaujímá úlevovou polohu, zná příčiny své bolesti. Hodnotí svou bolest na VAS číslem 2. Vitální funkce v normě TK 120/65, P 68/min, TT 36,7. Zmírnění bolesti pro něj znamená velkou úlevu a může se věnovat luštění křížovek, aniž by ho bolest rušila v soustředění.

Naplánovaný cíl byl splněn, ale v naplánovaných intervencích je nutné nadále pokračovat.

<p>2. Sesterská diagnóza</p> <p>Deficit sebeděče v oblasti hygieny z důvodu omezené mobility, pooperačního stavu, bolesti projevující se žádáním pacienta o pomoc při hygieně, nestabilitě při provádění hygieny.</p>
<p>Cíl</p> <p>Pacient zvládá hygienickou péči o celé tělo.</p>
<p>Priorita</p> <p>Střední</p>
<p>Výsledná kritéria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacient je seznámen s možností dopomoci zdravotnického personálu při hygieně do 1 hodiny. • Pacient se aktivně podílí na hygienické péči o své tělo do 2 dnů. • Pacient zvládá hygienickou péči s minimální dopomocí personálu do 4 dnů. • Pacient zvládá hygienickou péči sám do 5 dnů.
<p>Plán intervencí</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zhodnot' stupeň soběstačnosti pacienta dle Barthelova testu všedních činností / sestra. • Zapoj pacienta do sebeděče dle jeho aktuálního stavu / sestra, ošetřovatelka. • Nezapomeň zajistit bezpečnost pacienta při sebeděči v oblasti hygieny / sestra, ošetřovatelka. • Zajisti soukromí při hygieně / sestra, ošetřovatelka. • Motivuj a ved' pacienta k soběstačnosti při zajišťování hygieny / sestra, ošetřovatelka. • Poskytni pacientovi dostatek času, aby mohl dokončit úkol v celém rozsahu svých schopností / sestra, ošetřovatelka. • Povzbuzuj a pochval pacienta při sebemenším úspěchu / sestra, ošetřovatelka. • Dopomáhej pacientovi při hygieně, pokud je to nutné / sestra, ošetřovatelka. • Porad' pacientovi jak správně provádět hygienu o celé své tělo / sestra, ošetřovatelka. • Všímej si začervenaní a opruzenin v místě kožních řas a na predilekčních místech / sestra, ošetřovatelka. • Povzbuzuj pacienta k co největší samostatnosti / sestra, ošetřovatelka. <p>Sestavila Ferdiánová</p>
<p>Realizace</p> <p>7:00 Zhodnocen stupeň soběstačnosti dle Barthelova testu- 55bodů- závislost středního stupně.</p> <p>8:00- 8:30 S pacientem provedena celková koupel.</p>

8:00- 8:30 Pacient motivován a povzbuzován k provádění samostatné hygienické péče.
Zajištěna bezpečnost při provádění hygienické péče. Po dobu koupele sledováno začervenání
a vznik opruzenin v místě kožních řas a na predilekčních místech.

Hodnocení po 2 dnech

Pacient zvládá hygienickou péči v koupelně na sedačce s minimální dopomocí personálu.
Dokáže se pomocí přesunout na koupací sedačku.

Hodnocení po 5 dnech

Pacient zvládá hygienickou péči v koupelně zcela sám na koupací sedačce. Bartheluv test-
70bodů- lehká závislost.

Naplánovaný cíl byl splněn, ale v naplánovaný intervencích je potřeba pokračovat nadále.

<p>3. Sesterská diagnóza</p> <p>Poškození kožní integrity z důvodu předchozí imobility, onemocnění DM projevující se vznikem dekubitu 2. stupně na vnitřním kotníku pravé dolní končetiny.</p>
<p>Cíl</p> <p>U pacienta nevzniknou další defekty a stávající dekubit se nezhorší.</p>
<p>Priorita</p> <p>Střední</p>
<p>Výsledná kritéria</p> <ul style="list-style-type: none"> • U pacienta nevznikne žádný další defekt do konce hospitalizace. • Pacientova kůže je neporušená, dostatečně prokrvená, vyživená a hydratovaná. • Pacient se aktivně účastní preventivních opatření a léčebného programu. • Dekubit se zhojí do 1 týdne na dekubit 1. stupně.
<p>Plán intervencí</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zhodnot' pacienta dle Nortonovy škály / sestra. • Zhodnot' stav výživy kůže i stupeň rizika vzniku proleženin / sestra. • Vybízej pacienta k pravidelnému polohování / sestra, ošetřovatelka. • Napomáhej pacientovi k polohování / sestra, ošetřovatelka. • Edukuj pacienta o prevenci vzniku dekubitů / sestra. • Pravidelně asepticky převazuj vzniklý dekubit / lékař, sestra, sestra pro chronické rány. • Udržuj pokožku pacienta v suchu a čistotě / sestra, ošetřovatelka. • Pravidelně promazávej pacientovu kůži / sestra, ošetřovatelka. <p>Sestavila Ferdiánová.</p>
<p>Realizace</p> <p>6:00- 18:00 Pravidelně co 2hodiny pacientovi připomínána změna polohy.</p> <p>6:00- 18:00 Kontrola pacientova lůžka, zda li je řádně upraveno a pacient není ve vlhku.</p> <p>6:00-18:00 4krát za tuto dobu promazána pacientova kůže a kontrolována predilekční místa.</p> <p>7:00- 8:00 Pacient zhodnocen dle Nortonovy škály.</p> <p>8:00- 9:00 Pacient edukován o prevenci vzniku dekubitů.</p> <p>10:00- 10:30 Společně se sestrou pro chronické rány zhodnocen stav již vzniklého dekubitu.</p> <p>10:30- 11:00 Asepticky proveden převaz společně s lékařem.</p>
<p>Hodnocení po 24 hodinách</p> <p>Pacient edukován o prevenci vzniku dekubitů, promazává se kůže a udržuje se v suchu a</p>

čistotě. Dekubit bezezměn, přetvárající puchýř. Dekubit ošetřován každý den Suprasorbem P+ bactroban ung+ elaspor. Na kůži nevznikají další defekty. Pacient chápe prevenci vzniku dekubitů a snaží se v pravidelných intervalech měnit polohu.

Hodnocení po 3 dnech

Pacient zvládá měnit svou polohu těla, nadále se provádí aseptické převazy dekubitu. Dekubit stále s puchýřem. Okolí dekubitu je ohraničené. Nevznikly žádné jiné defekty. Stále se provádí péče o kůži. Pacient se aktivně zapojuje do péče o kůži.

Hodnocení po 6 dnech

Dekubit zhojen na dekubit 1. stupně, puchýř již odloučen, ale přetrvává začervenání. Pacient zvládá péči o kůži, pravidelně mění polohu a udržuje kůži v čistotě. Realizuje se překlad pacienta na rehabilitační oddělení. Nadále se provádějí převazy nyní již dekubitu 1. stupně. Po dobu hospitalizace nevznikly žádné další defekty.

Naplánovaný cíl byl splněn, ale v naplánovaný intervencích je nutné pokračovat nadále.

Celkové hodnocení pacienta

Pacient byl přijat pro zlomeninu krčku kosti stehenní, po vstupních vyšetřeních, interním a anesteziologickém konziliu se přistoupilo k operačnímu řešení. Pan A.B. je 7. den po operačním zákroku osteosyntéze pravého krčku kosti stehenní. Po operačním výkonu byl stav pacienta stabilizován na JIP, poté přeložen zpět na chirurgické oddělení.

Pacient je orientován místem, časem i osobou. Operační rána se hojí per primam. Operační rány jsou kryty sterilním krytím. Byl zaveden PMK, který se odstranil a pacient poté močil spontánně do močové lahve. Bilance tekutin byla vyrovnaná. Moč je čirá, bez příměsí. Stolice je pravidelná bez příměsí. Pacient pociťuje bolesti pravé kyčle, proto jsou aplikovaná analgetika, která bolest tlumí. Pacient zvládá svou bolest hodnotit dle škály VAS, zná úlevové polohy. Pacient zvládá péči o sebe s dopomocí ošetrovatelského personálu. S dopomocí minimálně dvou osob zvládne také chůzi v chodítku. Pacient pravidelně rehabilituje s fyzioterapeuty, kteří na oddělení docházejí dvakrát denně. Samostatně zvládá sed v lůžku, vyžaduje pouze dohled, stále se bojí dalšího pádu. Na vnitřním kotníku pravé dolní končetiny je dekubit, který je pravidelně ošetřován a péče o něj je pravidelně konzultována se sestrou pro chronické rány. Pacient se pomalu učí jak provádět prevenci vzniku dalších dekubitů a jak napomoci léčení již vzniklého dekubitu.

Během hospitalizace se provádělo měření glykémie v krvi, hodnoty v normě. Diabetickou dietu pacient dodržuje a je plně edukován již z předešlého období. S DM se léčí už delší dobu. Po celou dobu hospitalizace byly měřeny vitální funkce, které byly stabilizované. Psychický stav pacienta je dobrý, těší se na pobyt na rehabilitačním oddělení a doufá v úplnou rekonvalescenci.

Pan A.B. strávil na chirurgickém oddělení 15 dní a 22.3. 2014 byl zrealizován překlad na rehabilitační oddělení nemocnice Havířov, kde je naplánována aktivnější a častější rehabilitace.

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zjištěných informací o zlomenině krčku kosti stehenní jsem stanovila doporučení pro pacienta, rodinné příslušníky a zdravotnický personál.

Doporučení pro pacienta

- Nepodceňujte prevenci vzniku zlomeniny.
- Dbejte na bohatou a výživnou stravu, která obsahuje zejména vlákninu.
- Jestliže nevíte, co by správná strava měla obsahovat nebojte se obrátit se, se svými dotazy na nutričního terapeuta.
- Buďte opatrní a snažte se vyhýbat úrazům.
- Doma odstraňte všechny volně ležící koberce a rohožky- chraňte se před pádem.
- Při stanovení diagnózy zlomenina krčku kosti stehenní nepropadejte panice a věř ve vyléčení.
- Snažte se vyplnit si svůj čas strávený v nemocnici svými oblíbenými činnostmi, jako může být čtení, pletení nebo luštění křížovek.
- Pokud máte bolesti nebojte se říci si o analgetika.
- Hlídejte si dostatečný příjem tekutin, napijte se ikdyž nebudete pociťovat žízeň.
- Poctivě rehabilitujte, důkladně provádějte také dechová cvičení.
- V prvních týdnech od operace se snažte co nejvíce odlehčovat operovanou končetinu, nutností je využívat vysoké berle.
- Poctivě měňte svou polohu těla je to prevence vzniku dekubitů.
- Snažte se dodržovat všechna doporučení od svého ošetřujícího personálu.
- Jestliže pociťujete šubání, tepání nebo horkost v ráně ihned informujte svého ošetřujícího lékaře.
- Nebojte se požádat o pomoc ošetřující personál.
- Nezapomínej, že na své problémy nejsi sám, vždy se můžeš obrátit na svou rodinu nebo na svého ošetřujícího lékaře.
- Při potížích vždy vyhledejte svého ošetřujícího lékaře.

Doporučení pro zdravotnický personál

Vždy k pacientovi přistupuj jako profesionální pracovník.

- Pacientovi věř jeho bolest a všechny jeho subjektivní problémy, snaž se tyto problémy zmírnit.
- Vždy pacienta vyslechni a snaž se být mu oporou.
- Pokus se získat si pacientovu důvěru.
- Edukuj pacienta o všem v čem pociťuje nedostatečnou informovanost- bolest, polohování, strava, hygiena, oblékání atd.
- Pokus se pacientovi vysvětlit prevenci pro vznik zlomenin a zkuste společně vymyslet jak lze upravit jeho okolí- prevence pádu.
- Dopomoz pacientovi při všech úkonech, které nezvládne sám.

Doporučení pro rodinné příslušníky

- Podporujte psychiku pacienta.
- Snažte se pravidelně udržovat kontakt s pacientem.
- Ukažte pacientovi, že je důležitou součástí vaší rodiny a že mu vždy rádi pomůžete.
- Snaž se pacientovi dodat odvalu před operačním výkonem.
- Pokuste se společně s pacientem upravit jeho okolí ve kterém žije- prevence pádu.
- Podporujte pacienta v rehabilitaci.
- Snažte se doporučit pacientovi aktivity, které zvládne sám.
- Při domácím léčení pacienta mu vždy buďte nápomocní- pomozte mu s nákupem, hygienou, popřípadě s jinými činnostmi.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou zlomeniny krčku kosti stehenní. Zlomenina krčku kosti stehenní je onemocnění, které se vyskytuje hlavně u lidí seniorského věku. Představuje více než 90%. U mladších osob (3-5%) vznikne tato zlomenina většinou působením přímého tlaku na krajinu velkého trochanteru. Tyto zlomeniny a zlomeniny proximálního femuru u seniorů představují epidemické onemocnění s mnoha významnými a závažnými komplikacemi.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit co nejvíce ucelených informací o právě takto závažné zlomenině, jako je zlomenina krčku kosti stehenní.

Celá bakalářská práce se zabývala charakteristikou onemocnění, klasifikací zlomenin, příčinami vzniku zlomenin, rizikovými faktory jako je osteoporóza nebo pády, klinickým obrazem, diagnostikou a léčbou zlomenin, předoperační a pooperační péčí, komplikacemi chirurgické léčby, rehabilitací po TEP kyčelního kloubu a po chirurgické léčbě. Důležitým stěžejním bodem bakalářské práce jsou specifika ošetrovatelské péče spolu s ošetrovatelským procesem u konkrétního pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní. U konkrétního pacienta byli zhodnoceny všechny získané informace a na základě toho stanoveny aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy.

Na závěr ze všech získaných informací byla vypracována doporučení pro praxi pro zdravotníky, pro pacienty a jejich rodinné příslušníky. Cíle, které jsme si na začátku práce stanovily, byly stanoveny úspěšně.

Bakalářská práce byla vypracována jako možný zdroj informací pro pacienty se zlomeninou krčku kosti stehenní, pro rodinné příslušníky, pro zdravotnický personál, pro všechny osoby zabývající se touto problematikou a také pro všechny, které tato problematika zajímá.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANON. *Osteoporóza ženy*. Galenus [online]. Dostupné z: <http://galenus.cz/clanky/zdravi/kostra-osteoporoz-a-zeny>

ANON. *Péče o pacienty s kirschnerovou extenzí*. Sestra [online]. 12/2005, [cit. 16.12.2005]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienty-s-kirschnerovou-extenzi-284900>

BARTONÍČEK, JAN. *Historie moderní léčby zlomenin*. Zdravotnictví a medicína [online]. 27-28/2010, [cit. 12.7.2010]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/historie-moderni-lecby-zlomenin-1-cast-453135>

BROULÍK, Petr. *Osteoporóza a její léčba*. 2.rozšíř. vyd.. Maxdorf, 2009. ISBN978-80-7345-176-9

DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. Grada, 2005. ISBN 80-247-0550-8.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Speciální kineziologie*, Grada, 2009. ISBN 978-80-247-1648-0.

GORDON, M., et al. *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*. 1. st. edition. United States of America: Philadelphia, 2001. 256 p. ISBN: 0-9637042-7-3.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech*. Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7464-051-3.

KAŠPAR, Karel. *Operace endoprotézy kyčelního kloubu, informace pro pacienty*, Nucleus HK,2004. ISBN 80-86225-62-3.

KOTLÍK, Luboš. *Předoperační vyšetření dospělých*, nakladatelství Mladá fronta a.s., 2012. ISBN 978-80-204-2696-3.

KOUDELA, Karel. *Ortopedie*. Karolinum, 2003. ISBN 978-80-246-0654-5.

MICHALSKÝ, Rudolf. *Kapitoly z obecné traumatologie, traumatologie končetin a první pomoci pro studující ošetrovatelství*. Slezská univerzita v Opavě, 2009. ISBN 978-80-7248-538-3.

MIKŠOVÁ, Z., M. FRONKOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. 2. aktualizované a doplněné vydání, Grada, 2006. ISBN 80-247-1443-4.

REPKO, Martin. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Ortopedická klinika FL MU a FN Brno, 2012. ISBN 978-80-7013-549-5.

SESTRA [online]. Zdraví E15. [cit. 15. 4. 2014]. Dostupné z:
<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienty-s-kirschnerovou-extenzi-284900>

SHANTI, G.S., KRISHNASWAMY, B. Risk Factors for Falls in Elderly. *Journal of The Indian Academy of Geriatrics*, Mumbai, [online]. Únor/2005, [cit. 20. 4. 2014]. Dostupný z
http://www.jiag.org/sept/risk_factors.pdf

SCHUMPELICK, Volker. *Chirurgie- stručný atlas operací a výkonů*, Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4531-2.

SKALICKÁ, HANA, *Předoperační vyšetření návod pro praxi*. Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1079-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2.

SOSNA, A., D., POKORNÝ a D. JAHODA. *Náhrada kyčelního kloubu, rehabilitace a režimová opatření*. TRITON, 2003. ISBN 80-7254-302-4.

SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Tribun EU. ISBN 978-80-263-0001-4.

ŠŤASTNÝ, Eduard a Tomáš TRČ, *Ortopedie dvouměsíčník pro ortopedy, traumatology a revmatology*, číslo 2., ročník 7/2013, str. 58-61. Vyd. MLADÁ FRONTA. ISSN 1805-1727.

ŠVÁB, Jan. Chirurgie vyššího věku. Grada, 2008. ISBN978-80-247-2604-5.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

VESLÝ, Radek. *Perioperační péče o pacienta v traumatologii*. NC-NZO, 2011. Brno. ISBN 978-80-7013-539-6.

VIŠŇA, Petr a Jiří HOCH. *Traumatologie dospělých*. MAXDORF, 2004. ISBN 80-7345-034-8.

VYHNÁNEK, Radim. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.

ŽVAK, J., J. KOČÍ a Alexander F.. *Traumatologie ve schématech*, Grada 2006. ISBN- 80-247-1347-0.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A- Test základních všedních činností podle Barthelové

Příloha B- Sledování a měření bolesti – hodnotící škály pro dospělé

Příloha C- Rešerše

Příloha D- Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Příloha E- Křivka osteoporózy

Příloha A- Test základních všedních činností podle Barthelové

(Topinková, 2005)

ČINNOST	PROVEDENÍ ČINNOSTI	BODOVÉ SKÓRE
Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Přesun lůžko	židle samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
HODNOCENÍ	vysoce závislý	0-40
	závislost středního stupně	45-60
	lehká závislost	65-95
	nezávislý	100

Příloha B- Sledování a měření bolesti – hodnotící škály pro dospělé

(obecný standard oš. péče NsP Havířov, p.o.)

Kvalita bolesti :	
ostrá, řezavá, vystřelující, bodavá, škubavá, píchavá, hlodavá, svíravá, křečovitá, kroutivá, svědivá tupá, přetrvávající, tíživá, bolestivá na dotek, pálivá, palčivá, jiná:	
Typ bolesti :	
somatická (ostrá, ohraničená), viscerální (tupá, neurčité lokalizace), kolikovitá, zánětlivá ischemická - stenokardie, klaudikační bolest, jiná:	
Bolest : <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická <input type="checkbox"/> nádorová <input type="checkbox"/> procedurální	
VAS - vizuálně analogová škála	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Slovně popisná škála	
<input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> protivná <input type="checkbox"/> nepříjemná <input type="checkbox"/> hrozná <input type="checkbox"/> strašná <input type="checkbox"/> agonizující	
Obličejová škála hodnocení bolesti	
NIC NEBOLÍ TROCHU TO BOLÍ BOLÍ TO TROCHU VÍC BOLÍ TO JEŠTĚ VÍC BOLÍ TO MOC BOLÍ TO UPLNĚ NEJVÍC	
VAS 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Zdroje

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1830-9
 KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
 SCHULER, M.; OSTER, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
 ZEMANOVÁ, J. *Základy anesteziologie 2. část*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 163 s. ISBN 80-7013-430-5.

Příloha C- Rešerše

Číslo rešerše III 7126

Název rešerše: **Ošetrovatelský proces u pacienta s diagnózou zlomenin krčku kosti stehenní**

Jazykové omezení: čeština, angličtina

Časové omezení: 2003-2013

Klíčová slova: zlomeniny/fraktury krčku, osteosyntéza, osteoporóza, rehabilitace, ošetrovatelství

Záznamy jsou řazeny abecedně dle autorů knih (článků).

U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovní výpůjční služby v naší knihovně).
U článků je nutné vyhledat celý časopis.

MONOGRAFIE

1.

Broulík, Petr, 1937-

Osteoporóza a její léčba : průvodce ošetřujícího lékaře / Petr Broulík. -- 2., rozš. vyd.. -- Praha : Maxdorf, c2009. -- 159 s. : il. ; 19 cm. -- (Farmakoterapie pro praxi ; sv. 35) (Jessenius) ISBN 978-80-7345-176-9 (brož.) : Kč 195,00

Obálkový podnázev: diferenciální diagnóza, farmakoterapie, komplikace. -- Obsahuje bibliografii, bibliografické odkazy a rejstřík

* osteoporóza

* terapie

* léčení hormonů

* farmakoterapie

* příručky

MSVK Signatura: G 324.588

2.

Janžurová, Alena

Standardy ošetrovatelských postupů na operačních sálech / [autoři Alena Janžurová, Soňa Brejšková a kol.]. -- Vyd. 1.. -- České Budějovice : Nemocnice České Budějovice, 2010. -- 2 sv. (458 s., s. 459-866) : formuláře ; 30 cm. -- (Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice ; roč. 2010)

ISBN 978-80-254-8983-3 (brož.) : neprodejně

* Nemocnice (České Budějovice, Česko)

* nemocnice -- Česko

* ošetrovatelská péče -- Česko

* operační sály -- Česko

* chirurgie

Příloha D- Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

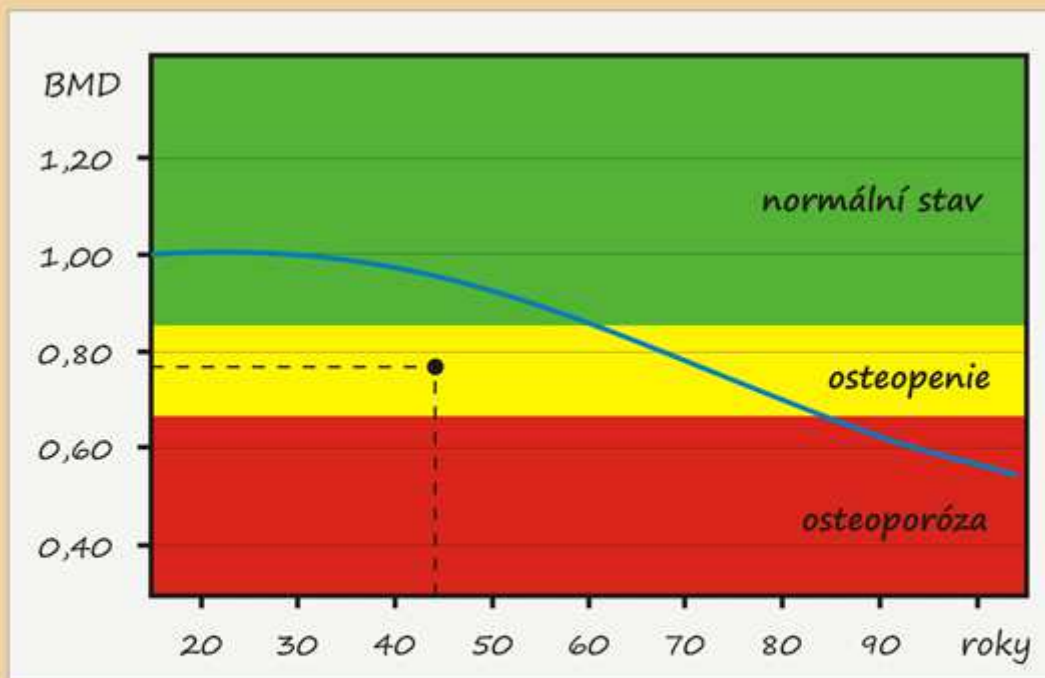
Příjmení a jméno studenta	Denisa Ferdiánová, Dis.	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VSV
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta s diagnózou zlomenina krčku kosti stehenní.	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Chirurgie 1 Nemocnice s poliklinikou Havířov, příspěvková organizace Dělnická 1132/24 Havířov PSČ 736 01	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Miroslava Kubicová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	Mgr. Renata Tydlácková náměstkyně pro ošetr. péči podpis

NEMOCNICE S POLIKLINIKOU HAVÍŘOV,
příspěvková organizace
Dělnická 1132/24, 736 01 Havířov

v. Havířově dne 20. 2. 2014

Ferdian
podpis studenta

Příloha E- Křivka osteoporózy



Modrá křivka znázorňuje normální průběh ve vývoji kostní hustoty ve vztahu k věku. Zvolený bod zachycuje hustotu odpovídající diagnostikované osteopenii. Hodnota BMD je uvedena v g/cm².

ANON. Osteoporóza ženy. Galenus [online]. Dostupné z: <http://galenus.cz/clanky/zdravi/kostra-osteoporoz-a-zeny>