

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**OŠETROVATEĽSKÝ PROCES U PACIENTA  
S PERTROCHANTERICKOU ZLOMENINOU KRČKU  
STEHENNEJ KOSTI**

**BAKALÁRSKA PRÁCA**

**MÁRIA FADRHOŇCOVÁ**

**Praha 2015**

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

**OŠETROVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S PERTROCHANTERICKOU ZLOMENINOU KRČKU  
STEHENNEJ KOSTI**

Bakalárska práca

MÁRIA FADRHOŇCOVÁ

Stupeň vzdelania: Bakalár

Názov študijného odboru: Všeobecná sestra

Vedúci práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH

Praha 2015

## **PREHLÁSENIE**

Prehlasujem, že som bakalársku prácu vypracovala samostatne a všetky použité zdroje literatúry som uviedla v zozname svojej bakalárskej práce k študijným účelom.

V Prahe dňa

.....  
Mária Fadrhoncová

## **POĎAKOVANIE**

Rada by som poďakovala vedúcej bakalárskej práce  
doc. PhDr. Anne Mazalánovej, PhD., MPH za ochotu, odborné vedenie, cenné pripomienky  
a rady pri písaní bakalárskej práce.

## ABSTRAKT

Fadrhoncová, Mária. *Ošetrovateľský proces u pacienta s pertrochanterickou zlomeninou krčku stehennej kosti*. Vysoká škola zdravotnícká, o. p. s. Stupeň kvalifikácie: Bakalár (Bc.). Vedúci práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH Praha 2015. 58 s.

Témou bakalárskej práce je ošetrovateľský proces u pacienta s pertrochanterickou zlomeninou krčku stehennej kosti. Práca si kladie za cieľ informovať študentov zdravotníckych škôl a zdravotné sestry a tejto závažnej problematike, ktorá je v dnešnej dobe stále veľmi aktuálna.

Teoretická časť oboznamuje čitateľa s problematikou tohto ochorenia, delením zlomenín, typmi endoprotéz, diagnostikou a liečbou pertrochanterickej zlomeniny. Operácie pri tejto diagnóze patria k časovo náročným a bolestivým. Pre ten najlepší výsledok a skoré navrátenie sa do bežného, každodenného života je dôležitá správna ošetrovateľská starostlivosť pred výkonom, ale i po ňom.

Praktická časť bakalárskej práce je zameraná na ošetrovateľský proces v podľa modelu Marjory Gordon. Ošetrovateľské diagnózy sú stanovené podľa NANDA I taxonomie II.

Kľúčové slová: Endoprotéza. Ošetrovateľský proces. Ortopédia. Pertrochanterická zlomenina. Proximálny femur.

## ABSTRAKT

FADRHOŇCOVÁ, Mária. *Pflegeprozess bei Patienten mit pertrochantärer Schenkelhalsfraktur*. Krankenpflegehochschule. Grad der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH Prag. 2015. 59 p.

Das Thema der Bachelorarbeit ist der Pflegeprozess bei einem Patienten mit der pertrochantären Fraktur des Schenkelhalses. Das Ziel der Arbeit ist es, Studenten der Gesundheitsschulen und Krankenschwestern über diese wichtige Problematik zu informieren, die heutzutage immer noch aktuell ist.

Der theoretische Teil beschreibt die Problematik dieser Verletzung, die Klassifizierung von Frakturen, Typen von Endoprothesen, die Diagnostik und die Behandlung einer pertrochantären Fraktur. Operationen bei dieser Diagnose gehören zu den zeitlich aufwendigen und schmerzhaften. Für das optimale Ergebnis und eine frühe Rückkehr ins tägliche Leben ist die richtige Pflege vor, aber auch nach dem Eingriff wichtig.

Der zweite Teil der Bachelorarbeit befasst sich mit dem Pflegeprozess auf Grund des Modells von Marjory Gordon. Danach sind Pflegediagnosen nach dem Modell des Buches NANDA I Taxonomie II aufgeführt.

Schlüsselwörter: Endoprothese. Orthopädie. Pertrochantäre Fraktur. Pflegeprozess. Proximales Femur.

# OBSAH

## ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK

## ZOZNAM ODBORNÝCH VÝRAZOV

ÚVOD.....12

### 1 OCHORENIA BEDROVÉHO KLĽBU

#### 1.1 ARTRÓZA A JEJ PREVENCIA

#### 1.2 KOXARTRÓZA

#### 1.3 REUMATOIDNÁ ARTRITÍDA

#### 1.4 VÝVOJOVÁ DYSPLÁZIA A NÁDOROVÉ OCHORENIA

### 2 DELENIE ZLOMENÍN PROXIMÁLNEHO FEMURU

#### 2.1 ZLOMENINA HLAVICE FEMURU

#### 2.2 ZLOMENINY KRČKU FEMURU

#### 2.3 TROCHANTERICKÉ ZLOMENINY

### 3 TYPY ENDOPROTÉZ A DIAGNOSTIKA ZLOMENÍN

#### 3.1 CEMENTOVANÉ IMPLANTÁTY

#### 3.2 NECEMENTOVANÉ IMPLANTÁTY

#### 3.3 HYBRIDNÉ NÁHRADY

#### 3.4 DIAGNOSTIKA ZLOMENÍN

### 4 LIEČBA ZLOMENÍN PROXIMÁLNEHO FEMURU

#### 4.1 OSTEOSYNTÉZA

#### 4.2 ALOPLASTIKA

### 5 ŠPECIFICKÁ OŠETROVATEĽSKEJ

#### STAROSTLIVOSTI

#### 5.1 BEZPROSTREDNÁ PREDOPERAČNÁ PRÍPRAVA

#### 5.2 PERIOPERAČNÁ STAROSTLIVOSŤ

- 5.3 BEZPROSTREDNÁ POOPERAČNÁ STAROSTLIVOSŤ
- 5.4 POOPERAČNÁ STAROSTLIVOSŤ
- 5.5 REHABILITÁCIA S FYZIOTERAPEUTOM
- 5.6 DLHODOBÁ STAROSTLIVOSŤ
- 6 POOPERAČNÉ KOMPLIKÁCIE, PRÍZNAKY A REKONVALESCENCIA
  - 6.1 MOŽNÉ POOPERAČNÉ KOMPLIKÁCIE
  - 6.2 DODRŽOVANIE REKONVALESCENCIE PO DOBU TROCH MESIACOV
- 7 OŠETROVATEĽSKÝ PROCES
  - 7.1 LEKÁRSKA DOKUMENTÁCIA
  - 7.2 FYZIKÁLNE VYŠETRENIE LEKÁROM
  - 7.3 LABORATÓRNE VÝSLEDKY
  - 7.4 STANOVENIE ZÁVERU, ORDINOVANIA
  - 7.5 SESTERSKÁ DOKUMENTÁCIA
  - 7.6 FYZIKÁLNE VYŠETRENIE SESTROU
  - 7.7 POSÚDENIE STAVU PACIENTA PODĽA MODELU MARJORY GORDON
  - 7.8 SITUAČNÁ ANALÝZA Z DNÍ 29.7-5.8.2014
  - 7.9 STANOVENIE OŠETROVATEĽSKÝCH DIAGNÓZ
  - 7.10 DOPORUČENIA PRE PRAX

**ZÁVER**

**ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

**PRÍLOHY**



## ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK

CNS – centrálna nervová sústava  
TT – telesná teplota  
TK – tlak krvi  
P – pulz  
D – dych  
BMI – Body mass index  
SpO<sub>2</sub> – Saturácia krvi kyslíkom  
VAS – Vizuálna analógová škála  
EX – expirácia  
INR – schopnosť krvi zrážať sa  
TEN – tromboembolická choroba  
WBC – počet leukocytov  
RBC – počet erytrocytov  
HCT – hematokryt  
MCV – priemerný objem erytrocytov  
MCH – priemerný obsah hemoglobínu v erytrocytoch  
MCHC – priemerný konc. Hemoglobínu  
AST – asparátaminotransferáza  
GMT – pečňový enzým  
ALT –alaninaminotranferáza  
LD – laktátdehydrogenáza  
Ph – potenciál vodíku  
Tbl – tableta  
i.v. – intra venózne, do krvného riečiska  
i.m – intra muskulárne, do svalu  
FR – fyziologický roztok  
Inj – injekčne  
Amp – ampula  
p.o. – per os, ústami  
Gl – glukóza

p.p – v prípade potreby  
RTG – rentgenologické vyšetrenie  
EKG - elektrokardiogram  
PMK – permanentný močový katéter  
PŽK – flexila  
POL – podľa ordinácie lekára  
MR – magnetická rezonancia  
UZ – ultrazvuk  
CT – počítačová tomografia  
NGS – nazogastrická sonda  
FF – fyziologické funkcie  
DC – dýchacie cesty  
DK – dolné končatiny  
DM II – diabetes mellitus II  
Na – sodík  
K – draslík  
Cl – chlór  
Ca – vápnik  
Fe – železo  
O<sub>2</sub> – kyslík  
r.č – radón číslo  
ADL – Barthelov test  
(VOKURKA a kol., 2009).

## ZOZNAM ODBORNÝCH VÝRAZOV

- Humerus** – Ramenná kosť hornej končatiny
- Proximálny** – Uložený bližšie k trupu
- Astma bronchiale** – chronické ochorenie dýchacích ciest
- Diabetes melitus II** – Pacient v štádiu závislosti na inzulíne
- Flexe** – ohybnosť
- Antibiotikum** – lieky na liečbu infekčných chorôb
- Anxiolytikum** – lieky na tlmenie psychickej úzkosti
- Antiulcerózum** – lieky zabraňujúce vzniku žalúdočných vredov
- Analgetikum** – lieky k úľave od bolesti
- Antipyretikum** – lieky znižujúce horúčku
- Bazofily** – bunky obsahujúce histamín a heparín
- Eozinofily** – biele krvinky
- Neutrofilny** – bunky bojujúce proti infekciám
- Status praesens** – súčasný stav
- Diafýza** – štruktúra dlhej kosti
- Femur** – stehenná kosť
- Abdukcia** – pohyb od tela
- Addukcia** – pohyb smerom k telu
- Adamsov oblúk** – kortikalis silnejší na vnútornej strane
- Laterárny** – bočný, ďalej od stredu
- Mediálny** – stredný, tiahnucci k stredu
- Artrografia** – vyšetrenie kĺbov
- Klyzma** – vpravenie tekutiny do konečníku
- Diuréza** – vylučovanie moču
- Hypnotiká** – látky na útlm CNS
- Benzodiazepíny** – lieky proti nespavosti
- Hematóm** – krvný výron
- Atiluxačná poloha** – vzpriamená poloha tela
- Flexila** – kanyla
- Nauzea** – nutkanie na zvracanie

**Tachykardia** – trvalejšie zrýchlenie srdcového rytmu

**Hypotenzia** – nízky tlak

**Hemokoagulácia** – zrážanie krvi

**Nistagmus** – rytmický pohyb očných búlb

**Normocefalická** – normálneho tvaru

**Quickov test** – protrombínový test

**Lymfocyty** – typ bielej krvinky

**Monocyty** – druh bielej krvinky

**Ikterus** – žltáčka

**Cyanóza** – modrasté až tmavomodré sfarbenie kože

**Laxatíva** – prehánadlá

**Abúzus** – nadmerné užívanie látok škodlivých organizmu

(VOKURKA a kol., 2009), (*slovník cizích slov*, [slovníkcizichslov.abz.cz](http://slovníkcizichslov.abz.cz) [cit. 2015-01-22]).

# ÚVOD

Pre bakalársku prácu sme si vybrali pacienta s pertrochanterickou zlomeninou krčku stehennej kosti nakoľko sa pri odbornej praxi často stretávame s chorými, ktorí majú túto diagnózu. Na praxi som mala možnosť bližšie sa zoznámiť s operačnou liečbou a následnou rehabilitáciou aby sa pacient mohol čo najskôr vrátiť do bežného života. Táto diagnóza predstavuje neskutočnú záťaž ako aj pre samotného pacienta a jeho rodinu, tak i pre zdravotnícky personál starajúci sa o pacienta.

Bakalárska práca sa zaoberá problémom pertrochanterickej zlomeniny a zmenami života ako aj pacienta tak i jeho rodiny po úraze a tým spojenou zdravotnou starostlivosťou počas, ale i po úraze. Zamerali sme sa na vymedzenie najdôležitejších pojmov.

V teoretickej časti sú kapitoly venované diagnóze, jej príčinám, príznakom, diagnostike, liečbe ale aj komplikáciám, ktoré môžu nastať.

Praktickú časť tvorí tematický celok ošetrovateľského procesu podľa modelu Marjory Gordon a kazuistiky pacienta s pertrochanterickou zlomeninou, plán ošetrovateľskej starostlivosti a stanovenie ošetrovateľských diagnóz pomocou NANDA I taxonómie II a Kapesného průvodce zdravotní sestry a vypracovaného plánu, realizácie a hodnotenia ošetrovateľskej starostlivosti.

Cieľom práce je zameranie sa na problematiku ochorenia, na nekonečnú trpezlivosť pri rekonvalescencii pacienta, podporu pacientovho zdravia a hlavne na pacientovu maximálnu spokojnosť v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti.

# 1 OCHORENIA BEDROVÉHO KLĽBU

Ochorenia bedrového kĺbu sú spôsobené opotrebovaním, sprevádzaným so silnými bolesťami. Medzi najčastejšie ochorenia bedrového kĺbu patrí artróza, koxartróza, reumatoidná artritída, vývojová dysplázia a nádorové ochorenia. Sú to bolestivé, zápalové ochorenia kĺbov, postihujúce chrupavku aj kosť zároveň. Prinášajú veľké obmedzenia v živote každého jedinca, trpiaceho na tieto choroby, starosti a hlavne neutíchajúcu bolesť. V neskoršom veku vedú tieto ochorenia až k invalidite.

## 1.1 ARTRÓZA A JEJ PREVENCIA

Artróza je najrozšírenejšie kĺbové ochorenie. Primárne postihuje kĺbovú chrupavku. Kolagén spolu s proteoglykánmi tvoria asi 30% hmoty chrupavky. Zvyšných 70% tvorí naviazaná voda. Akákoľvek zmena kolagénu i proteoglykánu vedie k úbytku naviazanej vody, čím znižuje pružnosti chrupavky a narušuje funkcie kĺbu.

Tkanivo pod chrupavkou sa taktiež mení, čo vedie k možnosti mikroskopických zlomenín. Na tie reaguje kĺbne puzdro zápalovou reakciou. Hlavica sa tým deformuje. Bolesť nastáva pozvoľne až do štádia, kedy sa začne objavovať aj vo fáze kľudu (DUNGEL, 2005).

Preveniou artrózy je odpovedajúca telesná hmotnosť, psychická aj fyzická relaxácia, zdravá výživa a vhodná pohybová aktivita. Problém artrózy vzniká v poruche životného štýlu. Ako prevencia by sa mala navrhnuť jazda na bicykli, po prípade aj plávanie a cvičenie v bazéne (HNÍZDIL a kol., 2007).

## 1.2 KOXARTRÓZA

Degenerujúce ochorenie bedrového kĺbu, kde nastáva opotrebovanie chrupaviek. Vyznačuje sa veľkou bolestivosťou a stuhlosťou. Zvyčajne sa koxartróza spojuje s vyšším vekom pacienta, pretože starší pacient má prevažne vždy viacero ochorení súvisiacich s opotrebovaním pohybového aparátu. V koxartróze dochádza k zníženiu rozsahu pohybovania hlavne v bedrách. Je to najčastejšie postihnuté miesto kĺbu.

Koxartróza z primárneho hľadiska je v genetickej predispozícii. Sekundárny vývoj je v dôsledku inej choroby napr. vrodeného vykĺbenia bedrových kĺbov u detí, infekcie reumatického, traumatického alebo iného charakteru vedie až k deformite kĺbu. (VALENTA., 2007).

## 1.3 REUMATOIDNÁ ARTRITÍDA

Nazýva sa aj chronickou polyartritídou. Ide o to, že sa imunitný systém obracia voči vlastným genetickým štruktúram zvlášť v kĺboch, kde spôsobí zápal. Preto môžeme

o reumatoidnej artritíde hovoriť ako o zápalovom, bolestivom ochorení, ktoré je poškodzujúce, ale i postihujúce iné orgány. Môže poškodiť oči, kožu, pľúca, ale i srdce a mnoho ďalších. Pacientovi sa vykonáva RTG rúk a nôh, z ktorých sa vyhodnotia laboratórne výsledky na zistenie zápalu. Následkom tohto zápalu v kĺbe je prehriatie, chronická bolesť a opuch končatiny. Toto dlhodobé ochorenie vedie až k invalidite a následnému odstráneniu kĺbu (DUNGEL, 2005).

## **1.4 VÝVOJOVÁ DYSPLÁZIA A NÁDOROVÉ OCHORENIA**

Vývojová dysplázia v mladosti vedie ku vzniku sekundárnej koxartrózy. Vývojom postihnutá je hlavica kosti femuru a jamka bedrového kĺbu. Hlavica nie je pevne usadená v acetabule. Tým pádom nie je hladká ale zdeformovaná. Sposobuje tak opotrebovanie a trenie bedrového kĺbu pri pohybe. Telo pacienta sa snaží kĺb opravovať novými chrupavkami. Bedrový kĺb sa tým opotrebováva, lebo nedrží váhu tela tak, ako by malo. Kĺb postihne zápal. Z celého tohto procesu sa môže vyvinúť až osteoartróza, ktorá je viditeľná na RTG ako malé úlomky kostí. Toto ochorenie sa rieši ako TEN.

Nádorové ochorenia vznikajú v okolí bedrového kĺbu. Sú to primárne maligné, kostné nádory. U tejto diagnózy je dôležité čo najskor resekovať kostný nádor a implantovať endoprotézu. Operácia je u tejto diagnózy skutočne nevyhnutná, no musí sa dbať na to, či je ešte možné správne usadiť a ukotviť endoprotézu. (HNÍZDIL a kol., 2007), (VALENTA., 2007).

## **2 DELENIE ZLOMENÍN PROXIMÁLNEHO FEMURU**

Ide o najčastejšie zlomeniny v traumatológii a ortopédii vôbec. Pre pacienta sú veľmi zaťažujúce. Sprevádza ich častá, vysoká úmrtnosť, ktorá súvisí nie len s medicínskou liečbou, ale aj s ošetrovateľskou starostlivosťou a rekonvalescenciou. Postihujú všetky vekové kategórie. V mladšom veku sú súčasťou dopravných nehôd a športových úrazov. V staršom veku je dôvodom zlomeniny proximálneho femuru pád.

Zlomeniny proximálneho femuru sa delia na zlomeniny hlavice stehennej kosti, zlomeniny krčku stehennej kosti a zlomeniny trochanterické. Pod zlomeniny diafýzy patria zlomeniny subtrochanterické. Ich lomná línia môže zasahovať aj proximálne k trochanterickému masívu.

(VIŠNA a kol., 2004), (HOZA a kol., 2008).

### **2.1 ZLOMENINA HLAVICE FEMURU**

Pipkinova fraktúra. Je veľmi vzácnou. Tvorí iba 1% zlomenín prevažne u mladších pacientov. Vyskytuje sa spoločne s luxáciou bedier alebo zlomeninou acetabula. Zvyčajne tieto zlomeniny vznikajú pádom na bok (MAŇÁK a kol., 2005), (VIŠNA a kol., 2004).

### **2.2 ZLOMENINY KRČKU FEMURU**

Podľa zlomu a smeru tieto fraktúry tvoria asi 50% zlomenín proximálneho femuru. V liečbe je prioritná aloplastika. Podľa lomu fraktúry sa delia na intrakapsulárne – subkapitálne. Zlom sa nachádza tesne pod hlavicou femuru. Tieto sú nebezpečné z dôvodu možného porušenia ciev. Mediocervikálna zlomenina má líniu zlomu presne cez stred krčku. Extrakapsulárna – bazicervikálna zlomenina leží pri báze krčku. Hlavnú úlohu hrá smer zlomeniny. Aj tieto zlomeniny majú svoju hodnotiacu škálu a to podľa Pauwelsa a Gardena. Pauwels sa zamerá na lomnú líniu zlomeniny a Garden na riziko vzniku nekrózy.

Abdukčné zlomeniny sa ľahšie hoja, nakoľko je krček v postavení, kedy nedochádza k ohybu.

Addukčné zlomeniny sa hoja ťažšie (HOZA a kol., 2005).

### **2.3 TROCHANTERICKÉ ZLOMENINY**

Trochanterické zlomeniny tvoria až 54% všetkých zlomenín. Sú to zlomeniny pertrochanterické, ktoré sú často trieštivé a ich lomná línia prechádza trochanterickým masívom a ďalej intertrochanterické, nachádzajúce sa medzi veľkým a malým



trochanterom s prerušením Adamsovho oblúku. Veľmi dobre sa hoja. Nekróza u tohto typu zlomeniny je skôr povediac vzácnosťou. Poslednú skupinu tvoria izolované zlomeniny veľkého a malého trochanteru. Celkovo liečba týchto zlomenín závisí na kvalite kosti, lokalizácia a stabilita. Klasifikujú sa podľa AO klasifikácie.

V AO klasifikácii môžeme povedať, že z praktického hľadiska sa zlomeniny proximálneho femuru delia na stabilný a nestabilný typ. Stabilný typ je vyznačovaný fisúrou a nestabilný je triestivý. Pertrochanterické a intertrochanterické zlomeniny patria do skupiny A.

- Skupina A<sub>1</sub> - nestabilné, jednoduché zlomeniny. Lomná línia nepostihuje laterálny kortikalis v oblasti veľkého trochanteru
- Skupina A<sub>2</sub> – nestabilné, komunitné zlomeniny. Lomná línia v oblasti posteromediálneho fragmentu, laterálny kortikalis je neporušený
- Skupina A<sub>3</sub> – Primárne nestabilné, intertrochanterické zlomeniny. Lomná línia je cez laterálny aj mediálny kortikalis

(ŽVÁK a kol., 2006), (VIŠŇA a kol., 2004).

### **3 TYPY ENDOPROTÉZ A DIAGNOSTIKA**

Endoprotézou je riešená operácia bedrového kĺbu. Má za úlohu nahradiť poškodenú časť. Operatér používa rôzne druhy náhrad, z ktorých si môže vybrať. Ak už je operácia najvhodnejším liečebným postupom, pristupuje sa na nami už spomenutú endoprotézu. Endoprotézy sa delia na cervikokapilárne a na totálne. Cervikokapilárne endoprotézy nahrádzuje krčok a hlavicu stehennej kosti, pričom jamka v bedrovom kĺbe ostáva. V dnešnej dobe majú obmedzené použitie. Využívajú sa iba pri nutnosti nahradiť hornú časť stehennej kosti postihnutú nádorom. Totálne endoprotézy Nahrádzajú bedrový kĺb úplne a to jamku aj hlavicu. Pri tomto operačnom výkone sa dbá hlavne na tom, či pacient dokáže zniesť väčší operačný výkon. Inak používame metódy bedrových náhrad a to buď cementovanú náhradu, necementovanú náhradu, hybridnú náhradu alebo hip surfacing. (ŽVÁK a kol., 2006), (VIŠNA a kol., 2004), (VALENTA a kol., 2007).

#### **3.1 CEMENTOVANÉ IMPLANTÁTY**

Používajú sa omnoho menej ako necementované. Výhodou cementovaných implantátov je že sa môžu v pomerne rýchlej dobe zaťažovať. Výhodou cementovaných implantátov je samozrejme aj cena. Aplikujú sa prevažne starým ľuďom kvôli krátkej životnosti. Je zložená z polyetylénovej kĺbnej jamky, ktorá sa do acetabula vkladá špeciálnou tuhnúcou hmotou. Najskôr sa musí krčok resekovať a odstrániť aj s hlavicou stehennej kosti. Cementované implantáty majú tri druhy a to impakčné štepovanie, technikou cement-in-cement alebo s revíznymi dlhými cementovanými femorálnymi komponentmi. Životnosť cementovaných kostných náhrad je cca. 10-15 rokov od ich implantácie. Potom sa musia vymeniť. (LANDOR a kol., 2012).

#### **3.2 NECEMENTOVANÉ IMPLANTÁTY**

Necementované implantáty sa používajú kvôli stabilite v kostnom lôžku pacienta. Tento spôsob fixácie je kvalitný a predpokladá sa, že čo najdlhšie vydrží v organizme pacienta. Tieto implantáty sú typické tým, že majú rôznu mieru rotačnej aj vertikálnej stability, čím sa dokážu čo najlepšie prispôbiť jednotlivému pacientovi. Používajú sa prevažne u mladších pacientov. Kĺbna hlavica sa fixuje bez použitia cementu. Preto je výhodou opracované kostne lôžko. Kost' tu vrastá do vrstiev protézy. Jamka má titánové zloženie. Nevýhodou necementovaných náhrad je že opracovaná kosť musí byť zodpovedne opracovaná, inak nastane problém. Ďalšou z nevýhod necementovaných náhrad je vysoká cena a ešte, že necementované náhrady sa môžu zaťažovať až po troch mesiacoch od ich implantovania. Necementované implantáty majú dva druhy riešenia a to modulárne necementované revízne implantáty a necementované revízne monobloky (LANDOR a kol., 2012), (KARPAŠ A KOL., 2004).

### **3.3 HYBRIDNÉ NÁHRADY**

Teóriou a princípom hybridných náhrad je obyčajne jamka pripevnená bez cementu a driek pripevnený s cementom (LANDOR a kol., 2012).

### **3.4 DIAGNOSTIKA ZLOMENÍN**

Tento pojem zaoberá všetky vyšetrenia týkajúce sa zlomenín proximálneho femuru.

Lekár pacientovi kladie ciele otázky týkajúce sa charakteru bolesti. Fyzikálne vyšetří pacienta za použitia niektorých prístrojov.

Môže ísť buď o RTG, ktorým diagnostikuje artrózu. Arthrografiou vpraví kontrastnú látku do kĺbnej dutiny a po nej vykonáva ciele RTG vyšetrenie. Magnetická rezonancia môže byť i náhrada z arthrografiou. Ultrazvukom si lekár dokáže zobrazit' tkanivové zmeny v bedrovom kĺbe. CT vyšetrenie sa využíva už pred samostatným výkonom. Ako náhle lekár napichuje synoviálnu tekutinu, vykonáva sa laboratorne vyšetrenie. Ako posledné musí lekár edukovat' pacienta o tom, čo zistil, čo sa s ním bude v nasledujúcej dobe odohrávat' a čo všetko musí zmenit', prípadne načo si dat' pozor

(ŽVÁK a kol., 2006), (HOZA, 2005).

## 4 LIEČBA ZLOMENÍN PROXIMÁLNEHO FEMURU

U každého typu zlomeniny je liečba rôzna. Musí sa brať na zreteľ niekoľko faktorov. T.j. typ zlomeniny, vek pacienta, kvalita kostí, stav bedrového kĺbu pred zlomeninou. Zatiaľ čo mladým ľuďom sa snažia kĺb zachovať, u starých pacientov ide už skôr o záchranu života.

Konzervatívna liečba prebieha v prípade zlomeniny typu Pauwels I alebo v prípade, ak v rámci celkového zdravotného stavu nemôže pristúpiť k operácii. Kontroly sú vykonávané RTG. (HOZA, 2008), (BARTONÍČEK, 2005).

Operačný zákrok sa vykonáva u zlomenín trochanterických a zlomenín dislokovaných. Operatér môže zvoliť rôzny typ výkonu, no závisí na tom množstvo faktorov. Hlavnú rolu hrá zase typ zlomeniny, stav pacienta a doba od úrazu. Operačný zákrok ktorý sa s touto diagnózou vykonáva je buď osteosyntéza alebo aloplastika. (BARTONÍČEK, 2005)

### 4.1 OSTEOSYNTÉZA

Osteosyntetickým materiálom je zabezpečená zlomenina. Tj: skrutky, dlahy, vnútro dreňové klince. Druhy implantátov u osteosyntézy sú:

- Dynamická kompresná skrutka – využíva sa k vnútornej fixácii stehennej a introchanterickej zlomeniny. Silná skrutka sa zavedie do stredu krčku a hlavice femuru. Nato sa nasadí puzdro dlahy dovoľujúce sklz skrutky a stlačenie kostných úlomkov k sebe. Ďalšie skrutky pridané do diafýzy iba fixujú dlahu.
- 130° uhľová dlaha, ktorá môže byť v kombinácii so špongióznou skrutkou, gamaskrutkou, prípadne proximálnou skrutkou
- U graciálneho skeletu sa používajú 2-3 špongiózne skrutky
- Osteosyntéza je doplnená o samostatnú špongióznou skrutku, uloženú súbežne so skrutkou sklznou. Tá zabraňuje rotácii a torzu v oblasti zlomeniny (BARTONÍČEK, 2005).

### 4.2 ALOPLASTIKA

Vykonáva sa prevažne u starších pacientov pri dislokovanej zlomenine krčku. Pri zlomenine proximálneho femuru sa aloplastika vykonáva taktiež, nakoľko sa u pacienta vyskytuje pokročilejšia artróza (BARTONÍČEK, 2005)

## **5 ŠPECIFIKÁ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI**

Predoperačná príprava začína posúdením zdravotného stavu pacienta a jeho následnú psychickú prípravu. Z pravidla u plánovaných operácií začína už tri mesiace pred operáciou.

Ak lekár schváli výkon za vhodný, nasleduje autotransfúzia. Vykonávajú sa dva odbery po sebe. Pacientovi sa odoberie cca 400ml jeho vlastnej krvi, ktoré sú potom použité v dobe operačného výkonu alebo po operácii na náhradu prípadných krvných strát. Predídeme tak prenosu infekcie.

Medzičasom si pacient nacvičuje, ako má správne pokladať barle, aby po operácii mohol čo najskôr vstať z lôžka a zapadnúť do bežného života. Pacientovi sa vysvetlí, ako bude prebiehať rehabilitácia po operácii a budú mu doporučené rôzne kompenzačné pomôcky.

Miestna predoperačná príprava Zahrňuje súbor prevencií pôsobiacich iba lokálne. Sú indikované operatárom na základe znalostí pravdepodobného priebehu operácie. Po prijme pacienta na oddelenie musí sestra zoznámiť pacienta s domácim rádom oddelenia a s jeho právami. V prípade potreby na úschovu cenností použije trezor. Na to treba vyplniť ďalšiu potrebnú dokumentáciu.

Z pravidla je pacient na lačno 6 hodín pred každou operáciou. Pacientovi sestra vykoná klyzma. Následne mu zavedie PMK ku sledovaniu diurézy. Potom zavedie PŽK na podávanie liekov intravenóznym prístupom. Pri neúspešnom zaistení PŽK sa zavádza centrálny žilný katéter.

Nasledujúce dni bude sestra monitorovať pacientovi jeho životné funkcie, sledovať jeho celkový stav a informovať pacienta o jeho následnom priebehu hospitalizácie. Sestra vyzistí alergie na lieky, dezinfekčné prípravky, podá lieky podľa ordinácie lekára.

Sestra poskytne pacientovi informácie o výkone, o následnej rehabilitácii. Na koniec sa sestra musí spýtať, či pacient všetkému rozumie.

Vysvetlí mu, že pred operáciou si musí dať dolu všetky kompenzačné pomôcky, odlakovať nechty, odložiť šperky. Nariadi pacientovi, že nemôže pred výkonom piť, jesť a fajčiť a to všetko minimálne dvanásť hodín pred výkonom.

### **5.1. BEZPROSTREDNÁ PREDOPERAČNÁ PRÍPRAVA**

Podstúpia ju všetci pacienti pred operačným výkonom. Sestra poučí pacienta o nadchádzajúcej operácii. Vhodnou komunikáciou sa snaží zmierniť obavy z operácie. Vysvetľuje priebeh prípravy, zaistí aby bol pacient pred operáciou lačný. To musí následne vyznačiť aj v zdravotníckej dokumentácii.

Sestra zaistí dokumentáciu potrebnú k operačnému výkonu a taktiež aj informované súhlasy s hospitalizáciou, s operáciou a s anestéziou.

U premedikácie podá lieky ordinované anesteziológom. Tieto lieky – HYPNOTIKÁ sa pacientovi podávajú večer pred operáciou aby pacient bez starostí zaspal.

Ráno po prebudení prebieha u pacienta osobná hygiena. Po hygiene musí sestra pripraviť operačné pole, označí operovanú stranu. Potom pacient podpíše súhlas s operovanou stranou, aby sa predišlo zo strany zdravotníka zámene operovanej strany. Nasleduje oholenie operačného pola.

Sestra prekontroluje, či pacient neprijímal nič perorálne, okrem predpísaných liekov. Pred odchodom na operačný sál sa musia upraviť dlhé vlasy, odložiť spodné prádlo. Pacient musí odložiť zubnú náhradu, okuliare, kontaktné šošovky, naslúchadlo, pokiaľ tieto veci nosí. Ďalej hodinky, šperky, ktoré označí štítkom a uloží na bezpečnom mieste.

U žien je nutné, aby na sál nešli namaľované, aby mali odlakované nechty, prípadne odstránené nechty umelé. V inom prípade by tieto skutočnosti mohli skresľovať výsledky SpO<sub>2</sub>.

Preventívne sestra zabandážuje pacientovi dolné končatiny elastickým fáčom alebo s elastickou pančuchou, aby sa predišlo tromboembolii.

Ráno pred operáciou sú ešte pacientovi podané BENZODIAZEPÍNY kvôli celkovému skľudneniu.

Pacient ide k operácii bez napätia, úzkosti a strachu. Po prípade sa môžu podať ešte ANALGETIKÁ aby sa zmiernila bolesť pacienta. U pacientov z viacerou farmakologickou anamnézou sa upravuje chronická medikácia, aby sa predišlo nežiaducim účinkom behom anestézie.

Sestra si musí ešte raz overiť, či náhodou lekár nemá špeciálne požiadavky. Napr: zavedenie NGS, PMK, lieky (VORLÍČEK a kol., 2012), (MIKŠOVÁ a kol., 2006), (CVACHOVEC a kol., 2011), (LARSEN, 1998), (ŠVÁB a kol., 2008), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010), (PAVLÍKOVÁ a kol., 2005), (KUBICOVÁ a kol., 2005).

## 5.2 PERIOPERAČNÁ STAROSTLIVOSŤ

Ide o výkon za použitia chirurgickej techniky. Vykonáva sa na aseptických oddeleniach operačného sálu. Operáciu vykonáva operatér s dvomi až tromi asistentmi. Doba operácie sa vždy líši. Záleží na okolnostiach a rôznych faktoroch.

Po celú dobu operácie je pacient uvedený do anestézie za pomoci anesteziológa. Po ukončení príprav k operácii lekár vydezinfikuje operačné pole a operatér vykoná prvý rez. Pod rezom sa nachádzajú mäkké tkanivá a svaly, ktoré sa odhalia a pod nimi sa nachádza bedrový kĺb. Doba operácie sa pohybuje približne do dvoch hodín v závislosti od druhu a konkrétneho výkonu operácie.

V priebehu operácie sa nahrádza bedrový kĺb endoprotézou. Odstraňuje sa hlavica stehennej kosti. Kĺbna jamka je upravená na potrebnú veľkosť jamky. Dreňový kanál stehennej kosti je tiež upravený. Môže sa implantovať umelá jamka. Do femuru sa zavedie driek. Následne sa pripojí hlavica k drieku a zakľby sa umelý komponent bedrového kĺbu.

Nasleduje kontrola funkcie kĺbu. Pri funkčnosti kĺbu sa rana o dĺžke 25-30 cm zošije stehom, svaly sa naspäť pripevnia. Z operačnej rany sa vyvádza Redónov drén, ktorý

odvádza škodliviny z rany, aby sa predišlo krvnému hematómu a tým aj prípadnej infekcii (SOSNA a kol., 2009), (PAVLÍKOVÁ a kol., 2005).

### **5.3 BEZPROSTREDNÁ POOPERAČNÁ STAROSTLIVOSŤ**

Zameriava sa na stabilizáciu stavu pacienta, aby sa zregeneroval po anestézii. Začína prevzatím a transportom pacienta spolu s dokumentáciou a informáciami z operačného sálu na oddelenie. Počas prevozu sestra kontroluje stav a vedomie pacienta.

Po príchode na oddelenie sa pacient napojí na EKG a podľa SpO<sub>2</sub> na centrálny rozvoj kyslíku. V priebehu prvého a druhého dňa po operácii má pacient kľud na lôžku.

Pacient je uložený do antiluxačnej polohy, ležiac na chrbte, nohy má napnuté, odtiahnuté v bedrách a špičky musia smerovať dnu. Túto polohu zaisťuje klin medzi dolnými končatinami a derotačná topánka. Na koniec sa podkladajú paty, ako prevencia voči dekubitom.

Nočný stolík, drén a zberný vak na moč sú uložené na zdravej, neoperovanej strane pacientovej končatiny. Ako náhle to pacientov stav dovoľuje, je možné ho dávať do polohy v sede.

Sestra sleduje FF a to: TT, TK, P, SpO<sub>2</sub>, D, vedomie, príjem a výdaj tekutín, intenzitu a charakter prípadnej bolesti, operačnú ranu a množstvo sekrétu v Redónovom dréne.

Do zavedenej flexily aplikuje infúzie a lieky podľa ordinácie lekára. V prípade nutnosti sa do flexily aplikujú aj krvné transfúzie.

Kvôli obmedzenej hybnosti má pacient zavedený PMK a v prípade potreby aj epidurálny katéter na tlmenie pooperačnej bolesti. Sestra vykonáva ešte odbery biologického materiálu, sleduje ich hodnoty a zapisuje ich do dokumentácie pacienta. Ako náhle sa stav pacienta líši od normálnych hodnôt FF, sestra je povinná informovať lekára o týchto skutočnostiach.

Ďalej sa sestra stará o vyprázdňovanie a o hygienu celého tela pacienta, čím predchádza vzniku dekubitov. Po úplnom odznení celkovej anestézie môže pacient vypiť pár dúškov čaju. V ďalších pooperačných dňoch pokračuje u pacienta diéta, ktorú mal pred operáciou.

### **5.4 POOPERAČNÁ STAROSTLIVOSŤ**

je prvý preväz druhý deň po operácii. Lekár v tomto prípade môže nakázať aj odstránenie Redónovho drénu, pokiaľ to hodnoty dovoľujú. Ďalšie preväzy sú vykonávané podľa potreby. Okolo desiateho dňa môžu byť odstránené stehy. Potom si pacient môže osprchovať operačnú ranu vodou bez mydla. Rana sa musí udržať v čistote. Sestra tiež musí

kontrolovať okolie a funkčnosť flexily. V prípade, že žilný vstup nie je potreba, odstráni ho do štvrtého pooperačného dňa, alebo zavedie novú flexilu.

PMK sa u mužov odstraňuje do troch dní a u žien do piatich dní po operačnom výkone. Následne musí sestra kontrolovať aj močenie pacienta. K tlmeniu bolesti sestra aplikuje analgetiká podľa potreby pacienta, vždy s vedomím lekára. Analgetiká je treba podať vždy pred rehabilitáciou, aby prišlo k väčšiemu uvoľneniu končatiny.

S rehabilitáciou sa začína ako náhle to zdravotný stav pacienta dovoľuje, pod vedením fyzioterapeuta a za asistencie sestry. Cieľom je nácvik chôdze s barlami, nácvik sebaobsluhy a obnovovanie pohybových stereotypov. Sestra taktiež kontroluje správne postavenie a funkčnosť bandáže, ako prevencie k TEN.

Dĺžka hospitalizácie pacienta závisí od okolností, ale zvyčajne býva pacient prepustený do následnej starostlivosti z pravidla do 10 - 14 dní od operačného výkonu (DUNGEL a kol., 2005), (TALIÁNOVÁ a kol., 2009), (SOSNA a kol., 2007), (PAVLÍKOVÁ a kol., 2005), (KUBICOVÁ a kol., 2005).

## **5.5 REHABILITÁCIA S FYZIOTERAPEUTOM**

V prvom pooperačnom dni sa začína s dychovými cvičeniami. Pacient zatína svalstvo v operovanej končatine a následne sa podsadzuje, postaví a potom urobí pár krokov za pomoci chodítka, koľko mu zdravotný stav a sily dovoľia. V sede by mala byť operovaná končatina v miernej abdukcii.

Ako náhle zvládne pacient sed a stoj u lôžka, pokračuje s nácvikom chôdze za pomoci chodítka a ďalej pomocou oporných podpažných bariel. Pacient musí dbať na odľahčovanie operovanej končatiny. Pokiaľ pacient zvláda chôdzu po rovine, môže začať s nácvikom do schodov a zo schodov (TALIÁNOVÁ a kol., 2009).

## **5.6 DLHODOBÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA PO OPERAČNOM VÝKONE**

Je v období po prepustení pacienta do domáceho prostredia, kde je i naďalej poskytovaná starostlivosť zo strany zdravotníkov na ambulancii, kde bol pacient operovaný. Na kontrolách v ambulancii sa lekár zaoberá pacientovým zdravotným stavom a operačnou jazvou.

Cca mesiac po operácii vykonáva lekár ďalší RTG snímok. Lekár pacienta informuje o tom, ako má byť končatina ďalej zaťažovaná a o ďalšom používaní podpažných barlí.

Kontrola v ambulancii praktického lekára je za mesiac po prepustení pacienta do domácej starostlivosti, ďalej potom po troch mesiacoch a po pól roku. Pokým je rana dobre



zhojená, ďalšie kontroly už nenasledujú (TALIÁNOVÁ a kol., 2009), (PAVLÍKOVÁ a kol., 2005), (KUBICOVÁ a kol., 2005), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

## **6 POOPERAČNÉ KOMPLIKÁCIE, PRÍZNAKY A REKONVALESCENCIA**

Ide o poruchy po operácii. Celkovo môžeme povedať že pertrochanterická zlomenina krčku stehennej kosti sa nemôže obísť bez pooperačných komplikácií. Je to závažný operačný výkon, ku ktorému určité to riziko patrí. Z časového hľadiska sa pooperačné komplikácie delia na stredne neskoré a neskoré komplikácie.

Vznik komplikácií môže vzniknúť z rôzneho hľadiska. Dost' závisí od dĺžky operačného výkonu, skúseností operačného tímu, správneho použitia operačných komponentov. V horšom prípade sa môže stať, že lekár nechtiac znečistí operačné pole. Ďalším hlavným faktorom je aj anestéziologický postup, kde sa berú na zreteľ aj krvné straty a vek pacienta. Taktiež závisí na kvalitnom predoperačnom vyšetrení a prozreteľnej predoperačnej príprave.

Komplikácia môže vzniknúť už len z toho, že samostatný implantát má určitú dobu, dokedy je jeho funkčnosť vhodná pre organizmus pacienta. Samozrejme záleží aj na tom, či organizmus túto náhradu živého tkaniva prijme a či náhrada splní svoju funkčnosť.

Z hľadiska prevencie môže nastať komplikácia v tom, že pacient neuposlúchne rozkazy lekára prípadne fyzioterapeuta (KOUDELA a kol., 2004), (KARPAŠ a kol., 2004), (KUBICOVÁ a kol., 2005), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

### **6.1 MOŽNÉ POOPERAČNÉ KOMPLIKÁCIE**

Pooperačné komplikácie, ktoré sa môžu vyskytnúť:

- Mortalita – zlyhanie srdca, TEN
- TEN – pľúcna embólia, flebotrombóza, nádor, žltáčka, vyšší vek pacienta, porucha zrážania krvi
- Zlomenina v Adamsovom oblúku
- Nie rovnaká dĺžka končatín – zvyčajne po vykĺbení endoprotézy, rieši sa protetickou obuvou
- Maligné ochorenia
- Anesteziologické komplikácie – aspirácia do DC, nauzea, zvracanie, bolesť hlavy
- Krvácanie z operačnej rany – krvné straty aj.
- Zmeny vitálnych funkcií – tachykardia, stav nevnímania, hypotenzia
- Poruchy hemokoagulácie – TEN komplikácie
- Dehyscencia operačnej rany
- Uvoľnenie endoprotézy – podľa fyzickej aktivity pacienta v rehabilitácii po operácii, možným preťažovaním, môže nastať aj niekoľko rokov po operácii
- Infekcia zanesená po implantácii – následne sa musí implantát odstrániť, počkať až infekcia zmizne
- Pretrvávajúce bolesti – neúčinná analgetická liečba

- Imobilizačný syndróm – vznik dekubitu
  - Behom operácie – poranenie ciev a nervov
  - Vek pacienta
  - Nedbalosť, nedodržiavanie rehabilitačných pokynov – vyklbenie endoprotézy, následne reoperácia
  - Spomalenie hojenia rany – vytvorí sa kleoid
  - Fraktúra endoprotézy
  - Uvoľnenie endoprotézy
- (DUNGEL a kol., 2005), (BARTONÍČEK, 2008).

## 6.2 MOŽNÉ POOPERAČNÉ PRÍZNAKY

Pacient môže po operácii trpieť rôznymi príznakmi. Najhlavnejším pooperačným príznakom je:

- Bolesť
- Nespavosť
- Nechuť k jedlu
- Zvýšená dychová frekvencia
- Smäd
- Nízky krvný tlak
- Nauzea
- Časté močenie
- Mŕtve ticho

(KOUDELA a kol., 2004).

## 6.3 DODRŽOVANIE REKONVALESCENCIE PO DOBU TROCH MESIACOV

Pacient v rámci rekonvalescencie po dobu troch mesiacov musí dodržiavať nasledovné pokyny:

- Nekrížiť DK– vôbec
- Držať DK od seba
- Nedávať nohy k sebe
- Nepretáčať sa na zdravú stranu
- Nespáť, neležať na operovanej strane
- Vkladať medzi končatiny mäkký vankúš – v lehu, v sede
- Neotáčať sa na brucho bez opory medzi končatinami
- Častejšie meniť polohy sedu a ľahu,
- Sedieť na ploche celej zadnice, nie na nízkej stoličke, kde sú kolená vyššie než bedro
- Nenahýbať sa dopredu

- Extrémne sa nepredkláňať
- Spať na vyššom lôžku, pevnom, rovnom, max. jeden vankúš pod hlavou
- Nestáť, nechodiť dlhé trasy
- Topánky obúvať za pomoci dlhého obuváka
- Nohavice a spodné prádlo odievať pomocou podpažných bariel
- Nekúpať sa v horúcej vode a už vôbec nie v sede
- Viac krát denne cvičiť podľa fyzioterapeutických pokynov
- 3 mesiace nešoférovať auto
- Chodiť v obuvi s pružnou, elastickou podrážkou
- Chodiť o barlách
- Bandážovať končatiny
- Predísť nadváhe

(ANONYM, 2011, orthes.cz [cit. 2015-01-23] ).

## **7 OŠETROVATEĽSKÝ PROCES**

V ošetrovateľskom procese ide o systémový prístup k pacientovi. Riešia sa ním pacientove individuálne problémy, či už jeho samotného, prípadne aj pacientovej rodiny.

V ošetrovateľskom procese sa systematicky zhromažďujú údaje o pacientovi, o jeho problémoch, plánujú sa ošetrovateľské diagnózy, realizujú a na koniec sa hodnotí, či bol daný ošetrovateľský problém splnený, alebo nie.

K našej bakalárskej práci pertrochanterická zlomenina krčku stehennej kosti sme si vybrali model navrhnutý podľa Marjory Gordon. Je to model, ktorý pozostáva z 12 okruhov.

K spracovaniu ošetrovateľského procesu sme použili pacienta s pertrochanterickou zlomeninou krčku stehennej kosti hospitalizovaného v nemocnici na Homolke na ortopedickom oddelení.

Pacient M.J. súhlasil so zberom informácií o jeho zdravotnom stave a k ich použitiu v našej bakalárskej práci.

### **7.1 LEKÁRSKA DOKUMENTÁCIA:**

#### **AKTUÁLNE OCHORENIE:**

Pacient bol prijatý dňa 29.7.2014. na ortopedické oddelenie nemocnice na Homolke. Doma spadol a bolí ho noha. Na príjmovom oddelení bola stanovená diagnóza Pertrochanterická zlomenina krčku stehennej kosti. Dňa 30.7.2014 mu bola vykonaná operácia implantácia totálnej endoprotézy pravého bedrového kĺbu.

#### **IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE A OSOBNÁ ANAMNÉZA**

Meno a priezvisko: M.J

Vek: 39

Oddelenie: Ortopedické oddelenie nemocnice na Homolke

Rok narodenia: 1975

Poist'ovňa: Všeobecná zdravotná poisťovňa (VZP) 111

Bydlisko: Praha 5

Stav: slobodný

Vzdelanie: IT technik

Deň prijmu na oddelenie: 29.7.2014

Dni ošetrovateľskej starostlivosti: 29.7.2014 – 5.8.2014

Kontaktná osoba: priateľka Jana

Pacient prekonal bežné detské ochorenia bez vážnejších komplikácií.

### **RODINNÁ ANAMNÉZA**

Otec: narodený 1956 -astma bronchiale

Matka: narodená 1955 – DM II, karcinóm žalúdku, zomrela 2013

Brat: bežné detské ochorenia, invalidný dôchodca – slepý na jedno oko- pracovný úraz

### **SOCIÁLNA ANAMNÉZA**

Pracuje na ministerstve dopravy ako IT technik.

### **FARMAKOLOGICKÁ A ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA**

Obe anamnézy pacient neguje

### **ABÚZUS**

Fajčenie - pravidelne cca 20 cigariet denne

Alkohol - príležitostne

Káva - 4 krát denne

Drogy – Neužíva

## **7.2 FYZIKÁLNE VYŠETRENIE LEKÁROM**

**HLAVA:** Lebka normocefalická, na poklep nebolestivá, držanie hlavy prirodzené, očné bulvy v strednom postavení, voľne pohyblivé všetkými smermi, bez nistagmu, skléry biele, zornice izokorické s fotoreakciou, spojovky ružové, bielka bez známok ikteru, mimika voľná aj mimovoľná v norme, hrdlo kľudné, plazenie jazyka v strednom postavení, povrch jazyka s povlakom, vlhký, nos priechodný.

**KRK:** lymfatické uzliny nezväčšené, štítna žľaza nehmatateľná, náplň krčných žíl nezvýšená, pulzácia artérií je primeraná, krčná chrbtica pohyblivá, voľná.

HRUDNÍK: dych symetrický, poklep plný, jasný, bez vedľajších dýchacích fenoménov, akcia srdečných oziev pravidelná, ozvy ohraničené, šelest nediferencovateľný.

BRUCHO: súmerné v úrovni hrudníku, dych samovoľný, poklep bubienkový, brucho dobre prehmatateľné, nebolestivé, mäkké, bez známok hmatateľnej rezistencie, tapot neg., pečeň nepresahuje pravý rebrový oblúk, nebolestivá, slezina nehmatateľná, ľadviny nebolestivé, nehmatateľné.

KONČATINY: bez viditeľných kožných zmien a opuchov, koža na končatinách teplá, dostatočne prekrvená, pulzácia v artériách dorsalis pedis a tibialis post. Obojstranne hmatná.

PRAVÁ DOLNÁ KONČATINA: opuch celej pravej dolnej končatiny, lýtko mäkké, koleno bez náplne, flexy v bedre cca 70 st., v kolene cca 80 st., svalová sila oslabená.

#### **FYZIOLOGICKÉ FUNKCIE:**

TK: 120/75

TT: 36,4 °C

P: 75´min

Výška: 180 cm

Váha: 75 kg

BMI: 23,15

### **7.3 LABORATÓRNE VÝSLEDKY Z DŇA 29.7.2014**

#### **HEMATOLOGICKÉ, BIOCHEMICKÉ VYŠETRENIE KRVI A STANOVENIE KRVNEJ SKUPINY**

Hematologické vyšetrenie – Quickov test –INR- 2,32, referenčné hodnoty (0,8-1,2) ostatné výsledky v norme. Bola stanovená krvná skupina A RH+

PARAMETER	JEDNOTKA	ZISTENÁ HODNOTA	REFERENČNÉ HODNOTY
-----------	----------	-----------------	--------------------

		29.7.2014	
WBC	10*9/l	10,0	4,0-10,0
RBC	10*12/l	5,0	4,2-5,4
HCT	L	0,400	0,390-0,510
HGB	g/l	139	135-174
MCV	fl	89	82-92
MCH	Pg	30	27-33
MCHC	g/l	34	32-36
Lymfocyty	1	0,225	0,025-0,330
Monocyty	1	0,070	0,030-0,100
Neutrofilý	1	0,590	0,570-0,680
Eozinafily	1	0,0038	0,000-0,0050
Bazofily	1	0,012	0,000-0,025

Tabuľka č. 1. Biochemické vyšetrenie krvi. Zdroj: Lekárska dokumentácia

### BIOCHEMICKÉ VYŠETRENIE MOČA

PARAMETRY	JEDNOTKY	NAMERANÁ HODNOTA 29.7.2014	REFERENČNÉ HODNOTY
AST	μkat/l	0,54	0,16-0,72
GMT	μkat/l	0,32	0,14-0,68
ALT	μkat/l	0,60	0,17-0,78
LD	μkat/l	1,95	1,67-3,17



Amyláza	μkat/l	1,00	0,4-2,10
Lipáza	μkat/l	0,85	0,12-1,00
Močovina	mmol/l	3,7	2,0-6,7
Na	mmol/l	145	137-164
K	mmol/l	4,5	3,8-5,0
Cl	mmol/l	101	97-108
Ca celk	mmol/l	2,35	2,05-2,54
Fe	μmol/l	17	9-28
Fosfáty anorg.	mmol/l	1,15	0,65-1,61

Tabuľka č.2. Zdroj: Lekárska dokumentácia

## **RTG VYŠETRENIE SRDCA, PLŮC A BEDROVÝCH KLBOV**

Výsledky vyšetrenia srdca a pľúc v norme, stanovený záver RTG vyšetrenia bedrových kĺbov – petrochanterická zlomenina krčku stehennej kosti.

## **7.4 STANOVENIE ZÁVERU, ORDINOVANIA LEKÁRSKA DIAGNÓZA**

Z 509 – starostlivosť s použitím rehabilitačných výkonov

S 720 – stav po zlomenine krčku stehennej kosti

## **ZÁVER PRI PRIJATÍ**

Pacient je schopný operačného výkonu v celkovej anestézii, s nutnosťou prevencie TEN.

## **TERAPIA**

Názov	Forma	Dávkovanie	Spôsob	Lieková
-------	-------	------------	--------	---------

			podania	skupina
Oxazepam	Tbl.	22:00 29.7.2014	p.o.	Anxiolytikum
Cefazolin 2g. +100ml.FR	Inj.	6:00-14:00- 22:00 Od 31.7.2014	i.v.	Antibiotikum
Ranital 1amp. +100ml. FR	Inj.	6:00-14:00- 22:00 Od 31.7.2014	i.v.	Antiulcerózum
Dipidolor 15mg	Inj.	14:00-22:00- 6:00 Od 30.7.2014	i.m.	Opiát
Dolmina	Inj.	16:00-24:00- 8:00 Od 31.7.2014	i.m.	Analgetikum
Paralen	Tbl.	P.P Pri horúčke nad 37,5 °C	p.o.	Antipyretikum

Tabuľka č. 3. Farmakoterapia v priebehu hospitalizácie. Zdroj: Lekárska dokumentácia

Dávkovanie	30.7.2014	31.7.2014	1.8.2014
Ráno	FR 1/1 500ml – 80ml/hod	Hartmanov roztok 1000ml- 80ml/hod	FR 1/1 500ml 80ml/hod
Obed	GI 10% 500ml + 10ml 7,5% KCl – 160ml/hod	FR 1/1 500ml – 80ml/hod	

Večer	Ringerov roztok 1/1 1000ml 80ml/hod	Ringerov roztok 1/1 500ml 80ml/hod	
-------	---	--	--

Tabuľka č.4. Infúzna terapia v priebehu hospitalizácie. Zdroj: Lekárska dokumentácia

## 7.5 SESTERSKÁ DOKUMENTÁCIA HODNOTY FF V PRIEBEHU HOSPITALIZÁCIE

deň	Časť dňa	TT	TK	P	D	VAS
29.7.2014	Ráno	/	/	/	/	/
	Obed	36,4 °C	120/75	75´min	18´min	2
	Večer	36,5 °C	120/70	70´min	15´min	2
30.7.2014	Ráno	36,5 °C	135/85	80´min	16´min	2
	Obed	36,6 °C	130/70	65´min	13´min	3
	Večer	36,4 °C	120/70	70´min	14´min	3
31.7.2014	Ráno	36,6 °C	130/80	72´min	15´min´	3
	Obed	36,4 °C	125/75	70´min	14´min	3
	Večer	36,4 °C	120/70	65´min	13´min	2
1.8.2014	Ráno	36,7 °C	125/70	65´min´	15´min	3
	Obed	36,5 °C	120/70	63´min	15´min	3
	Večer	36,5 °C	120/70	65´min	14´min	2
2.8.2014	Ráno	36,6 °C	130/80	70´min	14´min	2
	Obed	36,6 °C	130/75	65´min	14´min	2
	Večer	36,5 °C	125/75	65´min	14´min	2
3.8.2014	Ráno	36,5 °C	125/75	70´min	13´min	2

	Obed	36,5 °C	125/75	70' min	13' min	2
	Večer	36,5 °C	120/75	70' min	14' min	2
4.8.2014	Ráno	36,4 °C	120/80	75' min	14'	2
	Obed	/	/	/	/	/
	Večer	/	/	/	/	/

Tabuľka č. 5, zdroj: Lekárska dokumentácia

### HODNOTY FF PO PRÍCHODE Z OPERAČNÉHO SÁLU

Čas	TT	TK	P	SpO <sub>2</sub>	D
11:00	36,9°C	130/80	70' min	98%	16'
11:15	36,7°C	135/75	68' min	99%	16'
11:30	36,7°C	135/80	65' min	98%	14'
11:45	36,6°C	130/70	60' min	97%	14'
12:00	36,6°C	130/70	65' min	98%	13'
12:30	36,6°C	125/70	60' min	98%	14'
13:00	36,7°C	125/65	60' min	99%	13'
14:00	36,6°C	125/65	60' min	98%	13'
15:00	36,4°C	120/70	75' min	97%	14'
16:00	36,4°C	120/70	70' min	98%	14'

Tabuľka č. 6, zdroj: Sesterská dokumentácia

### REDÓNOVE DRÉNY, DRÉNY Č. 1 A Č.2

	30.7.2014	31.7.2014	1.8.2014	2.8.2014
Množstvo	+120 ml	+80 ml	+25 ml	Ex

Krytie	nepresakuje	nepresakuje	nepresakuje	Ex
Priechodnosť	+	+	+	Ex

Tabuľka č. 7. Redónov drén č. 1. Zdroj: Sesterská dokumentácia

	30.7.2014	31.7.2014	1.8.2014
Množstvo	+70 ml	+20 ml	Ex
Krytie	nepresakuje	nepresakuje	Ex
Priechodnosť	+	+	Ex

Tabuľka č. 8. Redónov drén č. 2. Zdroj: Sesterská dokumentácia

### BILANCIA TEKUTÍN

	30.7.2014	31.7.2014	1.8.2014	2.8.2014
Príjem	2250ml	3100ml	2500ml	2500ml
Výdaj	1500ml	1800ml	2500ml	2200ml
Bilancia	750ml	1300ml	0ml	300ml

Tabuľka č. 9, zdroj: Sesterská dokumentácia

## 7.6 FYZIKÁLNE VYŠETRENIE SESTROU

### HLAVA:

*Subjektívne:* „Hlava ma vôbec nebolí, cítim sa fajn, čo sa tejto časti tela týka.“

*Objektívne:* Normocefalická, na poklep nebolestivá, očné bulvy v normálnom postavení, pohyblivé, bielka biele, spojivky prekrvené. Hrdlo kľudné, jazyk plazí stredom, na povrchu jazyka je biely povlak.

### KRK:

*Subjektívne:* „Hrdlo mám tiež v poriadku.“

*Objektívne:* Krk súmerný, bez deformít, náplň kľčových žíl nezväčšená, pulzácia na a. carotis dobre hmatná, krčné uzliny nezväčšené, štítna žľaza nehmatateľná

### HRUDNÍK:

*Subjektívne:* „Teraz sa mi dýcha dobre, inak občas často kýcham a som dušný.“

*Objektívne:* „Hrudník pohľadom bez deformít, súmerný, dych symetrický, poklep

pľúc plný, jasný, bez vonkajších dýchacích fenoménov, srdečná akcia pravidelná.

#### BRUCHO:

*Subjektívne:* „Brucho ma tiež nebolí, asi som ešte utlmený liekmi.“

*Objektívne:* Mäkké, dobre prehmatateľné, nebolestivé,

#### DOLNÉ KONČATINY:

*Subjektívne:* „Na nohách ma bolí snáď všetko, cítim také zvláštne ako keby pálenie.“

*Objektívne:* Dolné končatiny bez opuchu a známok zápalu, koža na končatinách prekrvená, teplá.

**STATUS PRAESENS:** Okolie operačnej rany kľudné, bez známok zápalu, bolestivá pohyblivosť, na analógovej škále VAS, stupnice 1-5 určil pacient číslo 2. TK: 120/80, P: 75', D: 14' TT: 36,4 °C, SpO<sub>2</sub> bez O<sub>2</sub> – 98% Váha: 75kg, Výška: 180cm, BMI: 23,15kg/m\*m

**CELKOVÉ ZHODNOTENIE:** celkovo bez známok ikterusu a cyanózy, hydratácia v norme, pri vedomí, orientovaný, pacient spolupracuje

## 7.7 POSÚDENIE STAVU PACIENTA PODĽA MODELU MARJORY GORDON

### VNÍMANIE ZDRAVOTNÉHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽANIU ZDRAVIA

Pacient vníma svoj zdravotný stav ako narušený. Bol zvyknutý na celkovú hybnosť, teraz nemôže nič. Akútna bolesť pána M.J. ho vyčerpáva. V živote neležal v nemocnici a tobôž nebol pripútaný na lôžko. Nemôže sa s tým zmieriť. Cnie sa mu po domove a po práci. Prácu má sedavú, takže nejakú veľkú aktivitu nepraktizuje. Ale keď už má voľno snaží sa s priateľkou stráviť voľný čas v prírode, chodením po horách. Lekárske odporúčenia sa snaží dodržiavať. Cíti sa bojazlivo, nakoľko nevie, čo môže očakávať a čo všetko môže ešte nastať. Chce byť čoskoro ako on hovorí „fit“ aby mohol zase začať vykonávať úplne bežné činnosti.

*Ošetrovateľský problém: Strach, bolesť, úzkosť, sedavý spôsob života*

### VÝŽIVA A METABOLIZMUS

Pacient sa v domácom prostredí a práci nestravuje pravidelne. Vraj mu to nedovolí situácia v práci a doma nie je čas na prípravu kvalitnej stravy. Konzumuje maximálne 2

krát denne. Žiadnu diétu nedodržiava. Priznáva sa, že rád má ťažšie veci ako údeniny, bôčik, tlačienka atď. Tieto nezdravé veci si nosí od svokry, ktorá doma zabíja prasatá, takže príjem týchto vecí má pravidelný. Pán M.J. má hodnotu BMI v norme 23,15 kg/m<sup>2</sup>. Pacient udáva, že denne vypije 2,5 – 3 litre tekutín. Najradšej má síce colu, ale priateľka ho núti piť ovocné šťavy a čistú vodu, z čoho nie je nadšený. Vraj pivo a tvrdý alkohol vôbec nemá rád, ale keď už musí, tak zo slušnosti si dá 1 štamperlík Jägermaistra a dokáže to ako on hovoriť „pocuckávať“ celý večer. Kávu pije 4 krát denne. Okrem toho denne vyfajčí cca 20 ks cigariet. Teraz v nemocnici je však všetkému inak, nemôže fajčiť.

*Ošetrovateľský problém: nedostatočná výživa*

## **VYLUČOVANIE A LÁTKOVÁ VÝMENA**

V oblasti vylučovania pacient problémy nemá. Moč je bez prímiesí a zápachu, na stolicu chodí pravidelne raz za deň, prevažne ráno hneď po káve. Laxatíva neužíva. V nemocnici je pacient na lôžku, zatiaľ má zavedený PMK a PŽK.

*Ošetrovateľský problém: Riziko infekcie zo zavedeného PMK a PŽK*

## **AKTIVITA A ODPOČINOK**

Pacient je kvôli svojej práci málo pohybovo vyťažovaný, no keď už má voľno, rád si zájde aj s priateľkou do lesa na túru. V mladosti hral futbal, no musel prestať, pretože mu to čas nedovolí. Pán M.J. bol pred operačným výkonom plne sebestačný. Teraz po operácii Barthelov test udáva hodnotu 45 bodov tj. Pacient závislosť stredného stupňa ( viz. príloha č. 1- Barthelov test základných všedných činností). Potrebuje pomoc s hygienou a obliekaním. Teraz sa na lôžku nemôže otáčať, v dôsledku toho urobený test Nortonovej ( viz. príloha č. 2)

*Ošetrovateľský problém : Potreba pomoci pri hygiene, zhoršená pohyblivosť*

## **SPÁNOK A ODPOČINOK**

Doma so spánkom problémy nemá. Dokáže prespať aj celý deň, pokiaľ mu to okolnosti dovoľia, nakoľko je v práci hodne vyťažovaný. Inak únavu nepocituje. V nemocnici sa mu spí oveľa horšie nakoľko spolupacient chrápe. ( Spolupacient udáva, že aj pán M.J. chrápe.)

*Ošetrovateľský problém: prerušovaný, nedostatočný spánok*

## **ZMYSLOVÉ VNÍMANIE, BOLEŠŤ**

Pán M.J. je orientovaný osobou, miestom a časom. Zrak, sluch, čuch, chuť, reč sú bez problémov. Zrak má zhoršený, nosí okuliare na diaľku.

V nemocnici udáva, že ho tá operovaná noha bolí, avšak že sa to dá vydržať. Na vizuálnej analógovej škále (VAS) pacient udáva intenzitu číslo 2. (viz. Príloha č.3 - Vizuálna analógová škála)

*Ošetrovateľský problém: bolesť*

## **SEBAÚCTA**

Pacient sám seba hodnotí ako optimistu. V čase svojho voľna má rád svoj pokoj, ale má rád aj rodinné stretnutia, kedy sa môže vyzprávať. Udáva, že keď má akékoľvek problémy alebo starosti, vždy ho z toho dostane jeho priateľka, o ktorej tvrdí, že by bez nej nemohol existovať. Pacient zo začiatku na túto tému odpovedal zdráhavo, no nakoniec sa rozpovedal aj o svojej rodine a príbuzných.

*Ošetrovateľský problém: Nie je*

## **VZŤAHY MEDZI ROLAMI**

Pán M.J. je v pracovnom vyťažení, pracuje ako IT technik na Ministerstve dopravy. So svojou priateľkou rád chodí po horách. Priateľka pána M.J. sa aktívne podieľa na jeho liečbe. Je zdravotná sestra.

*Ošetrovateľský problém: Nie je*

## **SEXUALITA, REPRODUKČNÉ SCHOPNOSTI**

Pacient problémy neguje. Urologické problémy nemá, ochorenia a žiadne chirurgické zákroky neudáva. Vzťah s priateľkou má harmonický a ako popisuje, trvalý.

*Ošetrovateľský problém: Nie je*

## **STRES, ZÁŤAŽOVÉ SITUÁCIE, ICH ZVLÁDANIE**

Pacient udáva, že žiadne väčšie stresové situácie nepocituje. Keď vznikne stresová situácia, vždy si hovorí, že nič sa neje tak horké ako sa uvarí a tohto hesla sa snaží držať. Hospitalizáciu sa snaží brať optimisticky, aj keď si určité obavy pripúšťa.

*Ošetrovateľský problém: Strach, neznalosť*

## **ŽIVOTNÉ PRINCÍPY, VIERA, PRESVEDČENIE**

Pacient je bez vyznania viery

*Ošetrovateľský problém: Nie je*



## INÉ POZOROVANIA

S pacientom sa veľmi dobre spolupracuje. Pacient ochotne odpovedá na moje otázky. S priateľkou otvorene komunikujú. Pani je veľmi ochotná.

*Ošetrovateľský problém: Nie je*

## 7.8 SITUAČNÁ ANALÝZA Z DNÍ 29.7 - 5.8.2014

Pacient bol prijatý dňa 29.7.2014. na ortopedické oddelenie nemocnice na Homolke. Podľa jeho slov doma spadol a bolí ho noha. Na príjmovom oddelení bola stanovená diagnóza Pertrochanterická zlomenina krčku stehennej kosti. Pánovi M.J. boli vykonané následné vyšetrenia: Hematologické vyšetrenie krvi ( Quickov test), biochemické vyšetrenie krvi, stanovenie krvnej skupiny, biochemické vyšetrenie moču, RTG srdca, pľúc a bedrových kĺbov. Po príchode na oddelenie sú pacientovi namerané FF: TT- 36,4°C, TK – 120/75, P-75´min, SpO<sub>2</sub> bez O<sub>2</sub> – 98%. Lieky podané POL.

Dňa 30.7.2014 mu bola vykonaná operácia implantácia totálnej endoprotézy pravého bedrového kĺbu. Operácia trvala od 9:15h do 10:50. O 11:00 bol pacient privezený naspäť na ortopedické oddelenie nemocnice na Homolke. Pacient bol orientovaný miestom, časom i osobou. Pacient bol napojený na monitor z dôvodu sledovania FF. Pacient potrebuje pomoc pri polohovaní a osobnej hygiene na lôžku. Lieky podané POL.

Dňa 31.7.2014 – 2.8.2014 rana preväzovaná, kľudná, bez vedľajšej sekrécie. Okolie rany je bez opuchu a sčervenania, redóny funkčné (r č.1 – dňa 1.8.2014 EX, r č.2 – dňa 2.8.2014 EX). Pohyblivosť prstov, funkčná. Pacientovi vykonaný Barthelov test dňa 31.7.2014, na stanovenie pohybového režimu s výsledkom 45 bodov, t.j., závislosť stredného stupňa. Aktuálne je pacient obmedzený v pohybe. Následne budú využívané kompenzačné pomôcky ( podpažné barle). U pána M.J. hrozí riziko pádu pre zhoršenú pohyblivosť. Pacient má zavedený PMK od 29.7.2014 ( PMK 2.8.2014 – EX) a PŽK od 29.7.2014. U pacienta je kontrolovaný príjem a výdaj tekutín. Lieky podávané POL. Pacient má prerušovaný, nedostatočný spánok, Bolesť - na škále VAS udáva hodnotu 2.

Dňa 6.8.2014 je plánovaný preklad na rehabilitačné oddelenie v nemocnici na Homolke.

## 7.9 STANOVENIE OŠETROVATEĽSKÝCH DIAGNÓZ

Diagnózy boli stanovené podľa NANDA I – Taxonómie II., podľa pomôcky stanovenia ošetrovateľských diagnóz.

### OŠETROVATEĽSKÉ DIAGNÓZY:

- Narušený vzorec spánku 00198

- Zhoršená pohyblivosť 00085
  - Zhoršená telesná pohyblivosť na lôžku 00091
  - Zhoršená schopnosť premiestňovania sa 00090
  - Deficit seba starostlivosti pri kúpaní, obliekaní, vyprázdňovaní 00108, 00109, 00110
  - Nedostatočné znalosti 00126
  - Úzkosť 00146
  - Akútna bolesť 00132
  - Nevyvážená výživa: menej ako je potreba do organizmu 00002
  - Sedavý spôsob života 00168
  - Snaha zlepšiť spánok 00165
  - Zhoršená chôdza 00088
  - Snaha zlepšiť seba starostlivosť 00182
  - Snaha zlepšiť zvládanie záťaže 00069
  - Riziko infekcie 00004
  - Riziko pádu 00155
- 
- **Dg: Narušený vzorec spánku z dôvodu zmeny zdravotného stavu, bolesti a vplyvu okolia (00198)**

Doména č: 4            *Aktivita/Odpočinok*

Trieda: I              *Spánok/Odpočinok*

Definícia:            *Dlhšie obdobie bez spánku*

Určujúce znaky:    Úzkosť, Zvýšená citlivosť voči bolesti

Cieľ:                  Krátkodobý – Pacient sa cíti oddýchnutý do jedného dňa  
Dlhodobý – Pacient nebude mať narušený spánok

Priorita:              Stredná

Výsledné kritériá: Pacient sa bude cítiť oddýchnutý do jedného dňa.  
Pacient spí aspoň 5 hodín v celku.  
Pacient sa cíti po spánku odpočínutý.

Intervencie:

- Zisti spánkové návyky pacienta v deň sťažnosti na zlý spánok.
- Zaisti kludné a tiché prostredie na spánok.
- Pred spaním otvor pacientovi okno na izbe.

Podľa možností, usporiadaj pacientov denný režim tak, aby nemusel byť budený.

V prípade potreby podaj pacientovi lieky na spanie podľa ordinácie lekára.

Realizácia:

6:00 – meranie fyziologických funkcií

9:00 – zistenie pacientovej poruchy spánku

12:00 – meranie fyziologických funkcií

18:00 – zmeranie fyziologických funkcií

19:00 – odovzdanie informácií nočnej sestry o poruche spánku pacienta

20:00 – zaistenie kludného prostredia na spánok

21:30 – vyvetranie miestnosti pred spánkom

22:30 – zápis do ošetrovateľskej dokumentácie o neskoršom budení pacienta

Hodnotenie: Cieľ splnený čiastočne. Pacient sa síce cíti oddýchnutý, ale stále mu prekáža chrapot spolupacienta na izbe. Ošetrovateľský cieľ nebol splnený.

• **Dg: Zhoršená schopnosť premiestňovania sa z dôvodu operačného výkonu (00090)**

Doména č: 4      *Aktivita/Odpočinok*

Trieda: II      *Aktivita/Cvičenie*

Definícia:      *Obmedzenie nezávislého pohybu medzi dvomi blízкими povrchni*

Určujúce znaky: Celková neschopnosť premiestniť sa

Súvisiace faktory: Nedostatočné znalosti, bolesť

Cieľ:      Dlhodobý

Priorita:      Vysoká

Výsledné kritériá: Pacient sa naučí používať kompenzačné pomôcky.  
Pacient sa naučí správne techniky premiestňovania sa.  
Pacient predíde pádu.

Intervencie:

Uvoľni pacientovi manipulačný priestor na premiestnenie sa.  
Zaobstaraj pacientovi pravidelné návštevy fyzioterapeuta.  
Ukáž pacientovi, ako používať kompenzačné pomôcky k presunu.  
Používaj kompenzačné (polohovacie, ortopedické) pomôcky na podporu operovanej časti tela.  
Hovor o rozdielnosti pohybu zdravého človeka a človeka po operácii.  
Zapoj pacienta a jeho blízkych do starostlivosti a nauč ich, ako zvládať problémy s dočasnou neschopnosťou samostatného presunu.  
Dbaj na bezpečnosť a prevenciu pádu.

Realizácia:

8:00 – použité polohovacie pomôcky, zmena polohy  
8:00 – uvoľnený manipulačný priestor pre pacienta  
9:30 – edukácia pacienta o rozdielnosti pohybu po operácii  
10:00 – ukážka použitia kompenzačných pomôcok  
10:30 – zaistená návšteva fyzioterapeuta  
11:00 – návšteva fyzioterapeuta, následne použité polohovacie pomôcky  
14:00 – zmena polohy pacienta  
16:00 – zapojenie rodiny do starostlivosti  
17:00 – zmena polohy pacienta

Hodnotenie:

Ošetrovateľský cieľ splnený čiastočne. Pacient potrebuje neustálu pomoc s premiestňovaním sa.

• **Dg: Deficit seba starostlivosti pri obliekaní z dôvodu operačného výkonu (00109)**

Doména č: 4      *Aktivita/Odpočinok*

Trieda: V      *Seba starostlivosť*

Definícia:      *Zhoršená schopnosť samostatne sa obliecť, alebo dokončiť obliekanie*

Určujúce znaky:      Celková neschopnosť vykonať akúkoľvek činnosť súvisiacu s obliekaním, vyzliekaním

Súvisiace faktory:      Bariéry v prostredí, únava, bolesť, slabosť

Cieľ:      Krátkodobý

Priorita:	Stredná
Výsledné kritériá:	Pacient preukáže znalosť, ako sa starať sám o seba. Pacient sa naučí správnej technike odievania operovanej končatiny.
Intervencie:	Vytvor pacientovi plán seba starostlivosti. Dbaj na súkromie pacienta. Poskytni pacientovi dostatok času na seba starostlivosť. Uvoľni pacientovi manipulačný priestor na odievanie sa. Názorne ukáž pacientovi správnu techniku odievania operovanej končatiny. Predíd' úrazu, dbaj na bezpečnosť pacienta. Názorne ukáž pacientovi správnu polohu tela pri odievaní sa.
Realizácia:	8:00 – uvoľnený manipulačný priestor pacienta 8.10 – zaistenie súkromia pacienta 8:15 - 8:45 – pomoc s rannou hygienou 9:00 – názorná ukážka odievania sa po operácii 18:00 – večerná hygiena
Hodnotenie:	Ošetrovateľský cieľ splnený.

• **Dg: Deficit seba starostlivosti pri vyprázdňovaní z dôvodu operačného výkonu (00110)**

Doména č: 4	<i>Aktivita/Odpočinok</i>
Trieda: V	<i>Seba starostlivosť</i>
Definícia:	<i>Zhoršená schopnosť samostatne vykonať alebo dokončiť aktivity týkajúce sa vyprázdňovania.</i>
Určujúce znaky:	Neschopnosť vykonať riadnu vyprázdňovaciu hygienu, neschopnosť premiestniť sa na toaletu alebo na pojazdný klozet, neschopnosť vstať z toalety alebo pojazdného klozetu.
Súvisiace faktory:	Prekážky v prostredí, zhoršená pohyblivosť, zhoršená schopnosť premiestniť sa, bolesť, slabosť

Cieľ:	Dlhodobý
Priorita:	Vysoká
Výsledné kritériá:	Pacient sa pokúsi zmeniť navyknuté spôsoby presunu. Pacient sa naučí presunúť na toaletu. Pacient sa naučí postaviť z toalety.
Intervencie:	Zaisti pacientovi vhodné pomôcky k vyprázdňovaniu sa. Pomôž pacientovi s premiestnením sa na toaletu alebo pojazdný klozet. Pomôž pacientovi postaviť sa z toalety. Uvoľni manipulačný priestor na manipuláciu s pacientom. Zaisti bezbariérový prístup na toaletu.
Realizácia:	6:00 – vymenené vrečko na PMK 8:00 – uvoľnený manipulačný priestor pacienta 8:15 – 8:45 – dopomoc s rannou hygienou 9:00 – návšteva toalety kvôli stolici pacienta 9:15 – dopomoc s postavením sa z toalety 13:00 – odpustenie vrečka na PMK 18:00 – odpustenie vrečka na PMK
Hodnotenie:	Ošetrovateľský cieľ splnený čiastočne. Pacient potrebuje neustálu dopomoc s premiestnením sa.

- **Dg: Nedostatočné znalosti z dôvodu neznalosti operačného výkonu (00126)**

Doména č: 5	<i>Percepcia/Kognícia</i>
Trieda: IV	<i>Kognícia</i>
Definícia:	<i>Absencia alebo nedostatok informácií súvisiacich s konkrétnym tématom.</i>
Určujúce znaky:	Uvádza problém
Súvisiace faktory:	Neoboznámenosť so zdrojmi informácií
Cieľ:	Dlhodobý

Priorita: Vysoká

Výsledné kritériá: Pacient chápe zmeny týkajúce sa jeho zdravotného stavu. Pacient dokáže rozoznať zmeny vo svojom zdravotnom stave.

Intervencie:

Zisti úroveň teoretických znalostí pacienta v priebehu dňa.

Zisti pacientovu schopnosť učiť sa.

Poskytni v priebehu dňa pacientovi písomné materiály o pertrochanterických zlomeninách.

Zisti, či nebude potreba edukovať rodinu.

Zhodnot' schopnosť spolupráce pacienta.

Realizácia:

9:00 – zistenie teoretických znalostí pacienta z oblasti operačného výkonu

10:00 – poskytnutie písomných materiálov o op. Výkone

16:00 – edukácia rodiny

17:00 – zistenie znalostí pacienta z poskytnutých zdrojov

18:00 zhodnotenie spolupráce pacienta

Hodnotenie: Cieľ splnený, pacient chápe závažnosť svojho ochorenia a možné komplikácie.

• **Dg: Úzkosť z dôvodu zmeny zdravotného stavu ( 00146)**

Doména č: 9 *Zvládanie/tolerancie záťaže*

Trieda: II *Reakcie na zvládanie záťaže*

Definícia: *Nel'ahký pocit diskomfortu, pocit obáv spôsobený očakávaním nebezpečia*

Určujúce znaky: Obavy kvôli zmene životných udalostí, strach, úzkostlivosť, zvýšená ostražitosť, slabosť, únava, mdloba, porucha spánku, strach z nešpecifikovateľných následkov, zmena v zdravotnom stave, stres, abúzus látok, ohrozenie zdravotného stavu,

Cieľ: Dlhodobý

Priorita: Vysoká

Výsledné kritériá: Pacient užíva správne postupy k účinnému zvládaniu úzkosti.  
Pacient vie vyjadriť svoje pocity o úzkosti. Pacient povie príčinu úzkosti.  
U pacienta vznikne znížená úzkosť na únosnú mieru prevedením na konkrétne obavy.

Intervencie:

Zisti príčinu úzkosti.  
Používaj behom rozhovoru krátke vety.  
Nezľahčuj úzkosť pacienta.  
Informuj ihneď podľa svojich kompetencií pacienta o liečebnom postupe a o nutnosti jeho spolupráce.  
Pomôž pacientovi vyjadriť jeho pocity a emócie  
Nauč pacienta psychoterapeutické techniky vedúce k zníženiu a zvládaniu úzkosti.

Realizácia:

10:00 – zistená úzkosť u pacienta  
12:00 – učenie psychoterapeutických techník  
14:00 – zaistenie návštevy psychoterapeuta  
15:00 – návšteva psychoterapeuta  
17.00 – zistenie účinnosti psychoterapeutie u pacienta

Hodnotenie: Ošetrovateľský cieľ splnený. Pacient zvláda úzkosť.

• **Dg: Akútna bolesť z dôvodu operačného výkonu (00132)**

Doména č: 12      *Komfort*

Trieda: I      *Telesný komfort*

Definícia: *Neprijemný zmyslový alebo emotívny zážitok vychádzajúci z aktuálneho alebo potencionálneho poškodenia tkaniva alebo popísaný pomocou termínov pre takéto poškodenie, náhly alebo pomalý nástup ľubovoľnej intenzity od miernej po silnú, s očakávaním alebo predvídateľným koncom a s trvaním kratším než 6 mesiacov.*

Určujúce znaky: Expresívne chovanie, ochranné chovanie, pozorované známky bolesti, bolesť, narušený vzorec spánku



Súvisiace faktory: Pôvod zranenia

Cieľ: Krátkodobý – Pacient udáva zmiernenie bolesti o jeden stupeň do hodiny  
Dlhodobý – Pacient udáva vymiznutie bolesti do 2 týždňov

Priorita: Vysoká

Výsledné kritériá: Pacient pochopí príčiny vzniku bolesti. Pacient bude schopný o nich hovoriť. Pacient bude vedieť lokalizovať bolesť. Pacient informuje zdravotníka o bolesti.

Intervencie:

Nauč pacienta vhodným relaxačným technikám.  
Zisti charakter a závažnosť bolesti.  
Zaisti pacientovi kludné prostredie.  
Pomôž pacientovi so zmenou polohy á hodina.  
Podaj analgetiká POL.  
Posúď bolesť pomocou VAS.

Realizácia:

6:00 – podané analgetiká podľa ordinácie lekára  
7:00 – zmerané fyziologické funkcie  
8:00 – podané analgetiká podľa ordinácie lekára  
9:00 – rehabilitácia pacienta  
10:00 – sledovanie účinku lieku  
12:00 – zmerané fyziologické funkcie  
13:00 – posúdenie bolesti podľa VAS  
16:00 – podané analgetiká podľa ordinácie lekára  
17:00 – učenie relaxačných techník  
18:00 – zmerané fyziologické funkcie  
22:00 – podaný opiát

Hodnotenie: Cieľ splnený čiastočne, bolesť u pacienta stále pretrváva, ale nie v takej intenzite.

- **Dg: Sedavý spôsob života z dôvodu sedavého zamestnania 00168**

Doména č: 1 *Podpora zdravia*

Trieda: I *Uvedomovanie si zdravia*

Definícia:	<i>Životný štýl človeka obsahuje nízku mieru telesnej aktivity</i>
Určujúce znaky:	Sťažnosti na nedostatok voľného času, na veľkú pracovnú vyťaženosť, sťažnosti na nedostatok peňazí
Súvisiace faktory:	Nedostatok času, peňazí, motivácie
Cieľ:	Dlhodobý
Priorita:	Stredná
Výsledné kritériá:	Pacient si uvedomí nedostatok aktivít vo voľnom čase Pacient bude mať záujem zmeniť si svoj životný štýl Pacient bude spolupracovať na aktivitách
Intervencie:	Zostav pacientovi individuálny aktívny plán dňa Inšpiruj pacienta ako cvičiť Vysvetli pacientovi aby sa vyhýbal nežiadaným pohybom Nechaj pacienta samotného vykonávať cviky a posúď ako ich vykonáva Všímaj si bolesti pacienta Edukuj pacienta o použití kompenzačných pomôcok k cvičeniu
Realizácia:	8:00 – uvoľnený manipulačný priestor pre pacienta 9:30 – edukácia pacienta o rozdielnosti pohybu po operácii 10:00 – ukážka použitia kompenzačných pomôcok 10:30 – zaistená návšteva fyzioterapeuta 11:00 – návšteva fyzioterapeuta, následne použité polohovacie pomôcky 14:00 – zmena polohy pacienta 15:00 – pýtanie sa na bolesť pacienta 16:00 – zapojenie rodiny do starostlivosti 17:00 – zmena polohy pacienta
Hodnotenie:	Ošetrovateľský cieľ splnený čiastočne. Pacient potrebuje neustálu pomoc k vykonávaniu telesných aktivít

- **Dg: Riziko vzniku infekcie z dôvodu operačnej rany 00004**

Trieda: I	<i>Infekcia</i>
Definícia:	<i>Stav zvýšeného rizika invázie patogénnych mikróbov do organizmu</i>
Určujúce znaky:	Nedostatočná imunita Deštrukcia tkanív Akútne ochorenie
Súvisiace faktory:	Nedostatočná získaná imunita
Cieľ:	Dlhodobý
Priorita:	Vysoká
Výsledné kritériá:	Pacient chápe riziko vzniku infekcie Pacient pozná spôsoby ako predchádzať infekcii Pacient usiluje o včasné zahojenie operačnej rany
Intervencie:	Sleduj zvýšenie vzniku rizikových faktorov a výskytu infekcie Pátraj po miestnych známkach infekcie v mieste vstupu kanýl, operačnej rany, redónovho drénu Raz za deň zhodnot' a zdokumentuj stav kože v miestach zavedených invazívnych vstupov Nauč pacienta techniky na predchádzanie vzniku infekcie Edukuj pacienta o používaní antibiotík podľa ord. Lekára
Realizácia:	7:00 – podané lieky podľa ordinácie lekára 7:30 – preväz operačných rán 7:45 – preväz PŽK, PMK, redónovho drénu 10:00 – poučenie o predchádzaní vzniku infekcie 13:00 – Edukácia o prevencii vzniku infekčných chorôb a podané informácie o správnom držaní tela pri chôdzi 14:00 – podané lieky podľa ordinácie lekára
Hodnotenie:	Ošetrovateľský proces splnený čiastočne, riziku vzniku infekcie treba predchádzať aj naďalej.

## **7.10 CELKOVÉ ZHODNOTENIE OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI**

V priebehu hospitalizácie na ortopedickom oddelení sa stav pacienta výrazne zlepšil. Ciele ošetrovateľskej starostlivosti úzkosť a starostlivosť pri odievaní sú splnené. Zvyšné ciele sa nám podarili splniť čiastočne, nakoľko je krátka doba od vykonania operácie a taktiež pacientova ošetrovateľská starostlivosť ešte pokračuje na rehabilitačnom oddelení. Pacient a jeho rodina boli poučení o preventívnych opatreniach, ktorými sa pacient musí riadiť.

### **DOPORUČENIA PRE PRAX**

Mali sme možnosť ošetrovať pacienta po pertrochanterickej zlomenine krčku stehennej kosti a týmto získať veľa informácií a skúseností, ako sa správne starať o pacienta s touto diagnózou. Dovolili sme si navrhnúť tieto opatrenia a doporučia pre následnú ošetrovateľskú starostlivosť, ktoré sú určené pre ošetrovateľský personál a zároveň pre pacienta, rodinu a jeho blízkych.

#### **OŠETROVATELSKÉMU PERSONÁLU DOPORUČUJEME:**

- Prístup k pacientovi holistickým prístupom. Treba ho brať ako bio-psycho-sociálnu bytosť.
- Zaistiť si v pacientovi dôveru, zvýšiť záujem o jeho akútne problémy.
- Navrhnuť pacientovi riešenia každodenných situácií pri bežnej každodennej starostlivosti o seba samého.
- Navrhnuť s fyzioterapeutom denný režim pre pacienta.
- Poskytnúť pacientovi všetky informácie o následnej liečbe a jej možnostiach.
- Prekonzultovať s pacientom následný vývoj ochorenia spojený s liečbou alebo ďalšími krokmi.
- Nechať rodinu aby sa zapájala do bežných denných aktivít pacienta.
- Poskytnúť pacientovi propagačné letáky a časopisy zaoberajúce sa touto diagnózou.
- Ošetrovateľského personálu zaistiť možnosť na odborných prednáškach a poskytnúť vhodné informačné zdroje a odborné materiály k tejto diagnóze.

#### **PACIENTOVI DOPORUČUJEME:**

- Aktívne dodržiavať liečebný režim.
- Obmedziť príjem kofeínu a obmedziť vyfajčené množstvo cigariet.
- Pozitívne myslieť a do budúcnosť brať optimisticky.

- Brať svoju diagnózu ako súčasť svojho života.
- Zaujímať sa o ochorenie a sledovať novinky v terapii.
- Nestrácať nádej

#### RODINE A PRÍBUZNÍM DOPORUČUJEME:

- Podporovať pacienta v jeho životnej situácii.
- Nestrácať nádej.
- Komunikovať s pacientom o jeho diagnóze, o jeho problémoch ktoré ho zaťažujú.
- Aktívne sa zapájať do komunikácie s ošetrovateľským personálom a získavať ďalšie informácie o pacientovi.
- Získať rady, ktoré môže pacient uplatniť vo svojej každodennej starostlivosti.

## ZÁVER

Táto bakalárska práca bola zameraná na ošetrovateľskú starostlivosť u pacienta s pertrochanterickou zlomeninou krčku stehennej kosti.

Cieľom práce bolo zistiť informácie o špecifikách, príčinách, komplikáciách a špeciálnej ošetrovateľskej starostlivosti z hľadiska týchto zlomenín.

Teoretická časť Vás oboznámi s ochorením, delením zlomenín krčku, typmi endoprotéz, liečbou, samostatným operačným výkonom, pooperačnou starostlivosťou až po pooperačné komplikácie pacienta.

Väčší priestor je potom venovaný praktickej časti, ktorá Vám napovie, ako na ošetrovateľský proces u pacienta s pertrochanterickou zlomeninou krčku stehennej kosti. Jej obsahom je lekárska dokumentácia, fyzikálne vyšetrenie lekárom, výsledky z laboratórií a záveru z ordinovania, tak i sesterská dokumentácia s fyzikálnym vyšetrením. Samostatný ošetrovateľský proces pozostáva z posúdenia zdravotného stavu podľa modelu Majjory Gordon, situačnej analýzy a stanovenia ošetrovateľských diagnóz.

Cieľ práce bol zameraný na predovšetkým spokojnosť pacienta v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti, čo sa nám podarilo dosiahnuť.

Vzhľadom k vyzisteniu informácií som v rámci odbornej praxe absolvovala odbornú prax na ortopedickom oddelení v nemocnici na Homolke. Na prax som dochádzala 4 týždne. Na základe praxe som bola zoznámená s pacientmi po zlomeninách krčku a medzi nimi som si vybrala jedného s pertrochanterickou zlomeninou a z jeho údajov vypracovala ošetrovateľský proces.

Preto by táto práca mala priniesť poznatky ako aj z oblasti ortopedického oddelenia, ale i o pertrochanterickej zlomenine krčku stehennej kosti.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

1. ANONYM., *Opatření proti vykloubení a aktivity, kterých je třeba se vyvarovat* [online.] 2011 [cit. 2015-01-23]. Dostupné z: <http://www.orthes.cz>
2. BARTONÍČEK, J. a kol., *Zlomeniny proximálního femuru, Postgraduální medicína*, 2005, 7(5): 485-491
3. CVACHOVEC, K. a kol., *Doporučení pro omezování příjmu tekutin a stravy před anesteziologickou péčí* [online]. 2011 (cit. 2015 – 02 – 24). Dostupné z: <http://www.csarim.cz>
4. DUNGEL, P. a kol., *Ortopedie*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80.247.0550-8
5. HERDMAN, H., *Ošetrovatelské diagnózy, definice klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada 2013. ISBN 978-80-247-4328-8
6. HOZA, P. a kol., *Zlomeniny proximálního femuru a jejich řešení, Medicína pro praxi*, 2008, 5(10): 393-397
7. JANÍKOVÁ, E. a kol., *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium. 1. Vyd.*, Praha: Portál 2013. ISBN 978-80-247-4412-4
8. LARSEN, R. a kol., *Anestezie*. Praha: Grada 1998. ISBN 80-7169-179-8
9. KARPAŠ, K. a kol., *Operace endoprotézy kyčelního kloubu informace pro pacienty*. Nukles HK 2004. ISBN 80-86225-62-3
10. KOUDELA, K. a kol., *Ortopedie*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0654-2
11. KUBICOVÁ, L. a kol., *Chirurgické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-176-X
12. MARILYNN, E. a kol., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada 2001. ISBN 80-247-0242-8
13. MAŇÁK, P. a kol., *Traumatologie:repetitorium pro studující lékařství*. Univerzita Palackého: Olomouc 2005. ISBN 80-244-1009-5
14. MIKŠOVÁ, Z. a kol., *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1443-4
15. NĚMCOVÁ, J. a kol., *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. Text pro posluchače zdravotnických oborů. 2 doplněné vydání*. Praha: vysoká škola zdravotnická, o. p. s. 2014. ISBN 978-80-904955-9-3
16. *Ošetrovatel'ská dokumentácia* [online] [cit. 22.1.2015]. Dostupné z : <http://www.vszdrav.cz/>

17. PAVLÍKOVÁ, S. a kol., *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-1211-6
18. SLEZÁKOVÁ, L. a kol., *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2
19. SLEZÁKOVÁ, L. a kol., *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3130-8
20. *Slovník cizích slov* [online] . [cit. 22.1.2015]. Dostupné z:  
<http://slovníkcizichslov.abz.cz/>
21. SOSNA, D. a kol., *Aloplastika ramenního kloubu*. Praha: Triton 2007, 2009. ISBN 80-7387-037-1
22. ŠVÁB, J. a kol., *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada 2008. ISBN 978-80-247-2604-5
23. TALIÁNOVÁ, M. a kol., Péče o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra*, 2009, roč. 19, č.1, s. 75-77
24. VALENTA, J. a kol., *Základy chirurgie*. Praha: 2007. ISBN 978-80-246-1344-4
25. VIŠNA, P. a kol., *Traumatologie dospělých*. Praha: Maxdorf 2004. ISBN 80-7345-034-8
26. VOKURKA, M. a kol., *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf 2009. ISBN 978-80-247-3419-4
27. VORLÍČEK, J. a kol., *Klinická onkologie pro sestry 2*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3
28. VYTEJČKOVÁ, R. a kol., *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada 2011. ISBN 978-80-247-3419-4
29. ŽVÁK, I a kol., *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech*. Praha: Grada 2006. ISBN 80-247-1347-0



# PRÍLOHA A

Barthelov test základných činností /ADL/ zo dňa 31.7.2014

Meno pacienta: M.J

Vek: 39

Činnosť	Prevedenie činnosti	Body
Najedenie Napitie	Samostatne bez pomoci	<del>10</del>
	S pomocou	5
	Neurobí samostatne ani s pomocou	0
Obliekanie	Samostatne bez pomoci	10
	S pomocou	<del>5</del>
	Neurobí samostatne ani s pomocou	0
Kúpanie	Samostatne bez pomoci	5
	Neurobí samostatne ani s pomocou	<del>0</del>
Osobná hygiena	Samostatne al. s pomocou	<del>5</del>
	Neurobí samostatne ani s pomocou	0
Kontinencia stolice	Plne kontinentný	<del>10</del>
	Občas inkontinentný	5
	Inkontinentný	0
Kontinencia moču	Plne kontinentný	<del>10</del>
	Občas inkontinentný	5

	Inkontinentný	0
Použitie WC	Samostatne	10
	S pomocou	5
	Neurobí samostatne ani s pomocou	0
Presun posteľ - stolička	Samostatne bez pomoci	15
	S malou pomocou	10
	Vydrží sedieť	5
	Neprejde ani nesedí	0
Chôdza po rovine	Samostatne na 50 m	5
	S pomocou 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprejde sám ani na vozíku	0
Chôdza po schodoch	Samostatne bez pomoci	10
	S pomocou	5
	Neprejde sám ani s pomocou	0

Vyhodnotenie stupňa závislosti:

0 – 40 bodov – vysoko závislý pacient

45 – 60 bodov – závislosť stredného stupňa

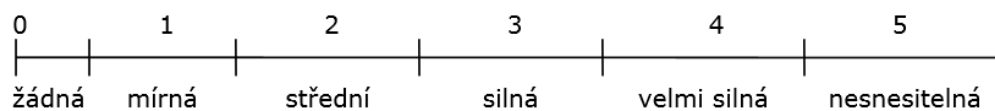
65 – 90 – bodov – ľahká závislosť

100 bodov – nezávislý pacient

# PRÍLOHA B

VAS – vizuálna škála

## Jednoduchá deskriptivní škála bolesti



## PRÍLOHA C

# OŠETROVATEĽSKÝ PROCES U PACIENTA S PERTROCHANTERICKOU ZLOMENINOU KRČKU STEHENNEJ KOSTI

Mária Fadrhoncová

Jazykové vymedzenie:	čeština, angličtina, nemčina
Kľúčové slová:	endoprotéza, ošetrovateľský proces, ortopédia, pertrochanterická zlomenina, proximálny femur
Časové vymedzenie:	1998-2015
Druhy dokumentov:	vysokoškolské práce, knihy, články a príspevky v zborníku, elektronické zdroje
Počet záznamov:	81(vysokoškolské práce: 3, knihy: 31, články a príspevky v zborníku: 42, elektronické zdroje: 5)
Použitý citačný štýl:	Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verzia medzinárodných noriem pre tvorbu citácií tradičných a elektronických dokumentov)
Základné pramene:	-katalóg Národnej lekárskej knižnice ( <a href="http://www.medvik.cz">www.medvik.cz</a> ) -Jednotná informačná brána ( <a href="http://www.jib.cz">www.jib.cz</a> ) -Súborný katalóg ČR ( <a href="http://www.sigma.nkp.cz">www.sigma.nkp.cz</a> ) -databáza vysokoškolských prací ( <a href="http://www.theses.cz">www.theses.cz</a> ) -online katalóg NCO NZO -špecializované databázy (EBSCO, PubMed)

## PRÍLOHA D

# ČESTNÉ PREHLÁSENIE ŠTUDENTA K ZÍSKANIU PODKLADOV PRE SPRACOVANIE BAKALÁRSKEJ PRÁCE

### Čestné prehlásenie:

Prehlasujem, že som spracovala údaje/podklady pre praktickú časť bakalárskej práce s názvom Ošetrovateľský proces u pacienta s pertrochanterickou zlomeninou krčku stehennej kosti v rámci štúdia/odbornej praxe realizovanej v rámci štúdia na Vysokej škole zdravotníckej, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Prahe dňa .....

.....

Meno a priezvisko študenta