

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO ENDOPROTÉZE
KOLENNÍHO KLOUBU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ANNA SKIPALOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2015



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

Skipalová Anna
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta po totální endoprotéze kolenního
kloubu

Nursing Process in Patients after Total Knee Replacement

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 3. 11. 2014


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

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří PhDr. Ivaně Jahodové za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala. Dále bych ráda poděkovala mé kolegyni Bc. Lianě Lapšanské za cenné rady, podněty a připomínky a rovněž panu Vítu Dominikovi.

ABSTRAKT

SKIPALOVÁ, Anna. *Ošetrovatelský proces u pacienta po endoprotéze kolenního kloubu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2015. 67 s.

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelským procesem u pacienta po endoprotéze kolenního kloubu. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá biomechanikou kloubu, historií aloplastik, typy používaných endoprotéz, indikacemi a kontraindikacemi k operaci, pooperačními komplikacemi a rehabilitací. V praktické části je popsán ošetrovatelský proces u pacienta, který byl doporučen na operaci endoprotézy kolenního kloubu. Při zpracování kazuistiky byl použit koncepční model dle Marjory Gordon v modifikaci 13 domén dle NANDA Taxonomie II. Jako poslední bod práce je uvedena edukace pacienta, která je nezbytná pro navrácení do aktivního života.

Klíčová slova

Edukace. Náhrada kolenního kloubu. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Pooperační komplikace.

ABSTRACT

SKIPALOVÁ, Anna. *Nursing Process in Patients after knee Replacement*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2015. 67 pages.

The content of graduation thesis is nursing care of a patient with total knee replacement. This work is divided into a theoretical and a practical parts. The theoretical part includes biomechanics of the knee joint, history of alloplasty, types of endoprosthesis, indications and contraindications for surgery, postoperative complications and rehabilitation. The practical part is focused on the patient who was referred to the surgery for knee joint replacement. During the case study a nursing model by Marjory Gordon was used. Chapter of thesis is concentrated on patient's education, which is very important for the return to active life.

Keys words

Education. Nursing care. Nursing process. Postoperative complications. Replacement knee joint.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 NÁHRADA KOLENNÍHO KLOUBU.....	12
1.1 BIOMECHANIKA KOLENNÍHO KLOUBU.....	12
1.2 HISTORIE KOLENNÍCH NÁHRAD.....	13
1.3 TYPY POUŽÍVANÝCH ENDOPROTÉZ.....	13
1.4 INDIKACE A KONTRAINDIKACE.....	14
1.5 VYŠETŘOVACÍ METODY KOLENNÍHO KLOUBU.....	15
2 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE.....	17
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZOU KOLENNÍHO KLOUBU.....	20
3.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	20
3.2 DIETA.....	21
3.2.1 VHODNÉ POTRAVINY.....	21
3.2.2 NEVHODNÉ POTRAVINY.....	22
3.3 PŘÍJEM NA ORTOPEDICKÉ ODDĚLENÍ.....	22
3.4 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	23
3.5 OPERAČNÍ VÝKON.....	23
3.6 POOPERAČNÍ PÉČE.....	24
3.7 REHABILITACE.....	27
3.7.1 PŘEDOPERAČNÍ REHABILITACE.....	27
3.7.2 POOPERAČNÍ REHABILITACE.....	28

3.8NÁSLEDNÁ PÉČE.....	31
4OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	32
4.1LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA.....	32
4.2FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY.....	35
4.3ZPRACOVÁNÍ 13 DOMÉN DLE NANDA TAXONOMIE II....	36
4.4MEDICÍNSKÝ MANAGMENT.....	41
4.5SITUAČNÍ ANALÝZA.....	42
4.6ROZDĚLĚNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TOXONOMIE II.....	43
4.6.1AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT.....	43
4.6.2RIZIKOVÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	43
4.7ROZPRACOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	44
4.8EDUKACE PACIENTKY.....	55
ZÁVĚR.....	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58
SEZNAM PŘÍLOH.....	60

SEZNAM ZKRATEK

- ADL – activity daily living (základní všední činnosti)
- AMP. – ampule
- APTT – activated partial thromboplastin time (aktivovaný částečný tromboplastinový čas)
- AT – adenotomie
- ATB – antibiotikum
- BMI – body mass index (index tělesné hmotnosti)
- CM – centimetr
- CNS – centrální nervová soustava
- CT – Počítačová tomografie
- Č. – číslo
- D – dech
- DK – dolní končetiny
- DX – dexter (vpravo)
- EV – eventuálně
- GCS – Glasgow coma scale (Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí)
- HOD. – hodina
- I. M – intramuskulárně
- I. V. – intravenózně
- INJ. – injekčně
- JIP – jednotka intenzivní péče
- KG – kilogram
- KO – krevní obraz
- LFUK – lékařská fakulta Univerzity Karlovy
- MG – miligram
- MIN. – minuta
- ML – mililitr
- MR – magnetická rezonance
- MRI – magnetic resonance imaging (magnetická rezonance)

P – příjem

P – pulz

PER OS – perorální podání

PET/CT – hybridní pozitronovaná a výpočetní tomografie

PMK – permanentní močový katetr

PŽK – periferní žilní katetr

RHB – rehabilitace

RTG – rentgen

SIN – sinister (levá)

TE – tonsilektomie

TEN – tromboembolická nemoc

TEP – totální endoprotéza

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

UPT – uměle přerušené těhotenství

VAS – Vizuální analogová škála

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

ÚVOD

„Od poloviny šedesátých let se implantace endoprotéz stala nejpůlárnějši ortopedickou operací a je jedním z nejúspěšnějšich terapeutických postupů prováděných ortopédy“ (JAHODA, 2009, s. 11).

Implantace totální endoprotézy kolenního kloubu byla do praxe uvedena v 80. letech. Tato metoda se stává pro pacienty častokrát jedinou možností pro zlepšení úrovně hybnosti jejich končetin a zbavení chronické bolesti. Operací se také zajišťuje stabilita kloubu a obnovení anatomické osy dolní končetiny. Samotný výkon a následná intenzivní rehabilitace dává možnost návratu do aktivního života. Úspěšnost operace a následná rekonvalescence je závislá na faktorech jako je věk, stav pacienta a v neposlední řadě i na životním stylu operovaného člověka.

Tématem bakalářské práce je ošetrvatelský proces u pacientky po operaci totální endoprotézy kolenního kloubu. Práce se dělí na část teoretickou a praktickou. V teoretické práci je vysvětlen pojem totální endoprotéza kolenního kloubu, obeznámení se stručnou historií aloplastik, typy používaných endoprotéz, indikace a kontraindikace k operaci, pooperační komplikace, specifika ošetrvatelké péče a následná rehabilitace. Praktická část se zabývala pacientkou, která byla doporučena na operaci endoprotézy kolenního kloubu. Při zpracování kazuistiky byl použit koncepční model Marjory Gordon v modifikaci 13 domén dle NANDA I Taxonomie II. Jako poslední bod je uvedena edukace pacientky, která je velmi důležitá pro navrácení do aktivního života.

Cílem práce je poskytnout základní i specifické informace týkající se totální endoprotézy kolenního kloubu. Text může sloužit jako zdroj informací pro studenty v oboru všeobecná sestra, taktěž i pro sestry z praxe.

1 NÁHRADA KOLENNÍHO KLOUBU

Po náhradě kyčelního kloubu lze implantaci kolenního kloubu zařadit jako druhou nejčastěji používanou endoprotézu. Umožňuje návrat do normálního života bez bolestí a většího pohybového omezení. V posledních letech dochází k výraznému rozvoji co se týče operačních metod, ale i vzniku nových typů endoprotéz. Životnost endoprotézy kolenního kloubu je naprosto individuální a není možné ji přesně určit. Existuje mnoho faktorů, které mají na implantát vliv, ale s vývojem nových typů se jejich životnost stále zvyšuje. Mezi nejčastější příčiny výměny patří uvolnění z kostního lůžka či infekční komplikace (SOSNA, 2005).

1.1 BIOMECHANIKA KOLENNÍHO KLOUBU

„Charakter složitého pohybu v kolenním kloubu je dán geometrií artikulačních ploch a funkcí vazivových stabilizátorů kloubu“ (DUNGL, 2005, s. 868).

„Kolenní kloub musí plnit dva protichůdné požadavky: umožnit stabilitu při současné mobilitě, proto je složitý a komplikovaný“ (VÉLE, 1997, s. 217).

Pro dlouhodobé příznivé výsledky aloplastiky je nutné respektování fyziologické kinematiky s ohledem na funkci zadního zkříženého vazy. „Nesprávné vzájemné postavení komponent endoprotézy, asymetrické napětí stabilizátorů kolenního kloubu vede k femorotibiální nestabilitě, akceleraci opotřebení polyetylenu a následnému rychlému uvolnění implantátu nebo k omezení pohybu až ztuhlosti kloubu“ (DUNGL, 2005, s. 868).

U kolenního kloubu rozlišujeme čtyři stupně volnosti:

- flexe a extenze – ty jsou svázány s předozadním posunem,
- předozadní posun – roll back,
- abdukce a addukce,
- rotace (DUNGL, 2005).

„Při extenzi jsou napnuté kolaterální vazy, které zabezpečují stabilitu kloubu. Flexe je složitým dějem a je možná do rozsahu 130-160°. V konečné fázi flexe se posunují kondyly femuru a menisky dozadu. Rotace kolena je možná jen při současné flexi“ (NAŇKA, 2009, s. 42).

1.2 HISTORIE KOLENNÍCH NÁHRAD

Vývoj aloplastik pomocí operačních výkonů má za sebou dlouhou historii. K prvotním materiálům, které byly použity pro endoprotézy patřila interpozita měkkých tkání jako je tuk, fascie či svaly. Mezi zajímavé pokusy můžeme zařadit experiment publikovaný Bauerem v roce 1918, kdy použil chromovanou sliznici vepřového močového měchýře. Nejbliže k současnému pojetí byl Campbell v roce 1940. Ten použil jako interpozitum kovovou destičku. Přelom aloplastik je zaznamenán v 50. a 60. letech. Byla použita kombinace kovu s umělou hmotou a stavba implantátu začala kopírovat plochy kolenního kloubu. Prvotní skutečná náhrada kolenního kloubu je označována tzv. Waldiusova závěsová protéza z roku 1957. Komponenty však nerespektovaly biomechaniku pohybu v kolenním kloubu a proto docházelo k častému uvolňování a mechanickému selhání. V dnešní době se již používají vzájemně spojené kondylární náhrady kolenního kloubu. Komponenty na stehenní kosti jsou z chrom-kobaltové slitiny, keramiky a zcela výjimečně z titanu. Umožňují téměř plný rozsah pohybu v operovaném kloubu. Nepostradatelný požadavek pro dobrou funkci kloubu je zachování postranních vazů. Vrchol snahy o anatomické pojetí je náhrada s rotačními a meniskovými prvky, které zajišťují i posuny jako v normálním kolenním kloubu. Koncem 70. let u nás byla poprvé zavedena do praxe aloplastika kolenního kloubu. Jednalo se o ortopedické kliniky v Praze a Brně. V roce 1983 byla do praxe uvedena první česká kondylární náhrada kolenního kloubu. Téhož roku byla publikována Rybkou a Vavříkem první zkušenost se systematickou implantací kondylárních náhrad (SOSNA, 2005).

1.3 TYPY POUŽÍVANÝCH ENDOPROTÉZ

Hlavním současným trendem ve vývoji totálních endoprotéz kolenního kloubu je především vytváření stavebnicových systémů vzájemně kompatibilních komponent.

Endoprotézy můžeme rozdělit do tří skupin.

- *Cementované endoprotézy*, které se fixují pomocí kostního cementu, což je speciální, rychle tuhnutí hmota (chemicky metylmetakrylát). Cement zajistí dlouhodobou a kvalitní fixaci implantátu a také vyplní a dorovná drobné defekty v kosti. Nezanedbatelnou výhodou je také, že při uzavření spongiózních ploch po resekci dochází k výraznému snížení krevních ztrát. „Nevýhodou jsou vedlejší účinky způsobené proniknutím zbytků monomerů uvolněných z cementu do organismu při polymerizaci kostního cementu“ (SOSNA, 2005, s. 27).
- *Necementované endoprotézy*, kdy kost prorůstá do upraveného povrchu kovového implantátu. Zde je nevýhodou riziko větších krevních ztrát při operaci, náročnost operační techniky, potřeba kvalitního kostního lůžka a delší doba vhojování implantátu. Nevýhodou je též cena implantátů, která je velmi vysoká (SOSNA, 2005).
- *Hybridní náhrada*, kdy femorální komponenta je necementovaná, přičemž tibiální komponenta je cementovaná (SOSNA, 2005).

Kandidáty na tento typ náhrady jsou především mladší a aktivnější lidé, než je tomu v případě použití cementované endoprotézy (ŠIRŮČKOVÁ, 2010).

1.4 INDIKACE A KONTRAINDIKACE

„Nejdůležitější kritéria ke zvážení jsou ochota nemocného podstoupit operaci, bolest, deformita a porucha funkce kloubu, rtg nález a věk nemocného“ (TRNAVSKÝ, 2006, s. 179).

MEZI NEJČASTĚJŠÍ INDIKACE K PROVEDENÍ OPERAČNÍHO VÝKONU PATŘÍ:

- gonartróza,

- zánětlivá revmatická onemocnění – revmatoidní artritida, morbus Bechtěrev, psoriatická artritida,
- poúrazové stavy – po nitrokloubních zlomeninách, deformity, paklouby v oblasti kondylů,
- systémové poruchy pohybového aparátu – aseptické nekrózy kondilů, dna, vrozené vady (TRNAVSKÝ, 2006).

MEZI NEJČASTĚJŠÍ KONTRAINDIKACE K PROVEDENÍ OPERAČNÍHO VÝKONU PATŘÍ:

- přítomnost infekčních ložisek v organismu – mykózy, bércové vředy, stavy po proběhlém erysipelu,
- závažná kardiopulmonální onemocnění,
- závažná cévní onemocnění,
- strukturální postižení CNS a závažná psychická onemocnění,
- fixované deformity nad 50° s těžkou insuficiencí kolem kloubních struktur (TRNAVSKÝ, 2006).

1.5 VYŠETŘOVACÍ METODY KOLENNÍHO KLOUBU

K vyšetření kolenního kloubu se používají tyto zobrazovací metody:

- prostý rentgenový snímek (RTG),
- kontrastní rentgenový snímek,
- počítačová tomografie (CT),
- magnetická rezonance (MR),
- ultrazvuk,
- scintigrafie,
- PET/CT - hybridní pozitronovaná a výpočetní tomografie.

Mezi prvotní vyšetření patří anamnéza pacienta, aspekce a palpace kloubu.

Aspekci zjišťujeme kloubní dekonfiguraci, otok a změny kožního koloritu. Palpací zase, zda je přítomen výpotek v kloubu. Při pohybu mohou být cítit drásoty a krepitace, které svědčí o nepravidelnosti kloubních povrchů. Základ v paraklinickém vyšetření je radiologické vyšetření. Provádí se rtg kolenního kloubu ve dvou projekcích, kdy patela je snímkována z axiálního pohledu. Nejlepší metodou pro vyšetření tzv. měkkého kolene je MRI. Touto metodou zjistíme léze menisků a defekty chrupavky. Nejpřesněji však diagnózu určí artroskopie (TRČ, 2008).

2 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE

Komplikace náhrady kolenního kloubu naštěstí nejsou časté a většinu lze vyřešit ad integrum. Pro úspěšné řešení je zásadní správná a včasná diagnóza. Kvalitní předoperační příprava výrazně sníží výskyt celkových komplikací. Níže je uvedeno podrobnější rozpracování k této problematice.

HOJENÍ RÁNY

Zpomalené hojení, kožní nekrózy či několik dnů přetrvávající serózní sekrece razantně zvyšují riziko infektu implantátu. „V prevenci poruch hojení a následné hluboké infekce je třeba vzít v úvahu anatomii cévního zásobení měkkých tkání přední části kloubu, správný výběr kožní incize, šetrnou operační techniku a rizikové faktory ze strany pacienta“ (DUNGL, 2005, s. 1010).

Rizikové faktory jsou obezita, malnutrice, lymfocytopenie, nikotinismus a diabetes mellitus. Akutní zánětlivou reakci nutnou k hojení rány oslabují vysoké dávky nesteroidních antirevmatik a chemoterapie methotrexátem.

NEUROVASKULÁRNÍ POŠKOZENÍ

Jedná se o poranění peroneálního nervu. Výskyt této komplikace není častý – 0,3 až 0,2%. Nejčastěji je způsobena natažením a následnou ischemií při nápravě kloubu, těsným obvazem nebo polohou končetiny při operaci (DUNGL, 2005).

KOMPLIKACE VYCHÁZEJÍCÍ Z EXTENZOROVÉHO APARÁTU

Díky zlepšení designu implantátů, přesnějšimu postavení komponent a zdokonalené operační technice došlo k minimalizaci počtu těchto komplikací. Nicméně je femoropatelní kloub častou příčinou bolesti a dochází k dysfunkci totální endoprotézy kolenního kloubu a je příčinou revizních operací.

Resekce pately, nekróza vzniklá při cementování či porušení cévního zásobení může vést ke zlomenině pately (DUNGL, 2005).

POOPERAČNÍ ZTUHLOST KOLENNÍHO KLOUBU

Omezení pohybu v operovaném kloubu se projevuje především při chůzi po schodech a při vstávání ze sedu. Obvykle tato komplikace odeznívá po 6 až 8 týdnech. K následnému zlepšení rozsahu pohybu dochází 3 měsíce po operaci. „Příčinou ztuhlosti může být infekce nebo mechanické problémy komponent a vazivových stabilizátorů“ (DUNGL, 2005, s. 1011).

Pro zjištění příčiny se využívá klinické a rentgenologické vyšetření. Pokud je přítomna náplň kloubu indikuje se punkce a následná kultivace punktátu. Léčba se skládá z fyzikální terapie a intenzivní rehabilitace. Prevence této komplikace je správná operační technika.

TROMBOEMBOLICKÁ CHOROBA (TEN)

Velmi závažné riziko pooperační komplikace je hluboká flebotrombóza operované dolní končetiny s rizikem plicní embolie. Operační trauma, hypovolémie, transfúze krve, pokles tlaku či dočasná imobilita tvoří rizikové okruhy, kde je potřeba zvýšené pozornosti pacienta. Projevy flebotrombózy se nejčastěji vyskytují ve třetím pooperačním dnu otokem, bolestí, hypertermií a palpační bolesti dolní končetiny. Nejdůležitější krok tvoří prevence, pravidelná cévní gymnastika díky aktivnímu cvičení lýtkového a stehenního svalstva, elastické bandáže dolních končetin, dechová cvičení, brzká mobilizace a vertikalizace pacienta. Jako další prvek lze brát i motodlahu, která je velmi prospěšná z hlediska prevence TEN. V neposlední řadě se provádí i medikamentózní eliminace (ANON, 2003).

INFEKČNÍ KOMPLIKACE

„Implantace endoprotézy kolenního kloubu je sdružena s častějším výskytem infektu než implantace endoprotézy kloubu kyčelního“ (DUNGL, 2005, s. 1011).

Tyto komplikace představují závažný problém nejen kvůli svým devastujícím následkům, ale také vzhledem k vysoké finanční náročnosti léčby. Nepříjemností je i delší hospitalizace v nemocnici, která se zhruba navýší o 16 dní. Vlivy, které ovlivní vznik infekce jsou celkové i lokální (JAHODA, 2009).

„U pacientů s vícečetnými náhradami hrozí tzv. metachronotická infekce, tedy infekce několika implantátů v případech, kdy dostatečně rychle nezaléčíme infekci jedné kloubní náhrady a dojde k infekci další endoprotézy“ (JAHODA, 2009, s. 12). Aby se co nejvíce snížilo riziko, je indikováno profylaktické užití antibiotik. Klinické projevy jsou otok, bolest, zarudnutí, teplota, leukocytóza, zvýšená hladina C-reaktivního proteinu a sedimentace (DUNGL, 2005).

ASEPTICKÉ UVOLNĚNÍ IMPLANTÁTU

Životnost náhrady kolene je zcela individuální a závisí na mnoha faktorech, které mohou zapříčinit uvolnění. Mezi nejzávažnější řadíme chronické přetěžování způsobené obezitou nebo neadekvátními sportovními a pracovními aktivitami. Životnost současných náhrad se v průměru pohybuje kolem hranice 10–15 let. Důvod uvolnění implantátu padají obvykle na vrub reakci na otěr polyethylenu. Výsledkem je postupné uvolnění. Důležitým prvkem je prevence jako je redukce váhy, úprava životosprávy, preference sportovních aktivit s omezením statické zátěže a pravidelná rehabilitace stehenního svalstva (TRNAVSKÝ, 2006).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZOU KOLENNÍHO KLOUBU

Do specifík ošetrovatelské péče o pacienta s totální endoprotézou kolenního kloubu patří příprava pacienta před výkonem a pooperační péče. Nezastupitelnou roli pro úspěšnou rekonvalescenci tvoří fyzioterapie před i po operaci.

3.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Do předoperační přípravy zahrnujeme veškerou všeobecnou i speciální péči. Zde je uvedeno co vše musí být zajištěno.

- Komplexní interní předoperační vyšetření je nedílnou součástí pro operaci. Závěrečné zhodnocení by mělo obsahovat vyjádření o schopnosti pacienta podstoupit operaci (stupeň rizika), popřípadě návrh terapeutických opatření pro snížení rizik (HALÁSOVÁ, 2010).
- Nezbytná je také sanace všech ložisek chronického infektu v organismu. Opakovaně se provádí kultivační vyšetření moče, která musí být negativní. „Po dokonalé sanaci infekčního ložiska je vhodné uvést do zprávy informaci o druhu infekčního agens, druhu a dávce antibiotik nebo chemoterapeutika a dobu, která uplynula od skončení léčby“ (TRNAVSKÝ, 2006, s. 180 – 181).
- Rehabilitace by měla zahrnovat cvičení pod vedením fyzioterapeuta. To je zaměřeno především na nácvik hlubokého dýchání, odkašlávání, cviky k posilování femorálního svalstva a uvolnění kloubních kontraktur. Posledním bodem je nácvik chůze o berlích bez zatížení operované končetiny.
- Odběr krve pro autotransfúzi, kdy se pacientovi odebere po 500 ml krve 2 týdny a 1 týden před operací. (TRNAVSKÝ, 2006)

3.2 DIETA

Součástí přípravy k ortopedickému výkonu je doporučována bezezbytková strava. Díky ní se pacient vyvaruje užití klystýru. Bezezbytková dieta se skládá z potravin, které zanechávají se stolicí velmi málo zbytků, nedráždí sliznice střev a nevyvolávají nadýmání. Je tam také zvýšené množství bílkovin, snížená dávka tuků a celková kalorická hodnota je nižší. Dietu je nutné dodržovat 3 dny před nástupem k hospitalizaci. Pokud má pacient chronickou zácpu, dodržuje dietu 5 dní před nástupem.(SOSNA, 2005).

3.2.1 VHODNÉ POTRAVINY

Zde je uveden seznam potravin, které se doporučují konzumovat minimálně 3 dny před nástupem do nemocnice.

- Nápoje: čaj, minerálky bez kysličníku uhličitého.
- Pečivo: pouze bílé: veka, rohlíky, netučné moučníky připravené z piškotového těsta.
- Přílohy: bramborová kaše, bramborová rýže, těstoviny, jemný knedlík, rýže.
- Polévky: vývary z libového masa nebo mrkve.
- Maso: pouze libové, telecí, hovězí, vepřové, kuře, kapr, filé.
- Tuky: pouze čerstvé máslo.
- Sýry: nízkotučné, netučný tvaroh.
- Vejce: v menším množství, nejlépe je zařadit do pokrmů.
- Ovoce: syrové pouze banány, meruňky pouze kompotované bez slupky, jablka podušená, také bez slupky.
- Zelenina: syrová žádná, mrkvové pyré.

Nejvhodnější úprava jídel je vaření či dušení. Péci bez tuku. Omáčky zahušťovat pouze zálivkou či na sucho opraženou moukou (SOSNA, 2005, s. 38 - 39).

3.2.2 NEVHODNÉ POTRAVINY

Zde je uveden seznam potravin, které se nedoporučují konzumovat minimálně 3 dny před nástupem do nemocnice.

- Nápoje: mléko, káva, kakao, alkohol, coca cola, tonic.
- Ovoce: syrové, se zrníčky či s dužinou.
- Zelenina: syrová, nakládaná, mražená, kapusta, zelí, kedlubny, ředkvičky, pórek, cibule, česnek, rajčata, květák.
- Luštěniny: v jakékoliv úpravě.
- Houby: i odvar z hub.
- Maso: bůček, uzené, skopové, zvěřina, vnitřnosti.
- Uzeniny: salámy, párky, klobásy, jitrnice, tlačinka.
- Tuky: lůj, sádlo, škvarky, smetana, šlehačka.
- Přílohy: brambory, kynuté knedlíky.
- Pochutiny: majonézy, kečup, hořčice, saláty.

Nevhodné úpravy jídla jsou smažení, restování a pečení na tuku (SOSNA, 2005, s. 39).

3.3 PŘÍJEM NA ORTOPEDICKÉ ODDĚLENÍ

Pacient je přijat na oddělení ortopedie. V přijímací kanceláři provede sestra vstupní ošetřovatelské vyšetření, změří pacientovi krevní tlak, puls a teplotu. Sepíše ošetřovatelskou anamnézu, alergie, zhodnotí aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy. Zjistí zda-li má pacient nějaké dietní omezení, jaké má sociální zázemí, zjistí BMI, Glaskow Coma Scale a Barthelové test ADL. Po absolvování sběru ošetřovatelské anamnézy je pacient odeslán na lůžkovou stanici, kde je přijat svou ošetřující zdravotní sestrou, která pacienta uvede do příslušného pokoje a ukáže mu jeho lůžko. Ukáže příslušné sociální zařízení, informuje pacienta o chodu oddělení, o právech pacientů, možnosti objednání si nadstandardního jídelníčku a pacientovi dá identifikační náramek. Poté odebere pacientovi krev podle potřeby a ordinace lékaře, které jsou součástí předoperační přípravy. Objednají se transfuze potřebné k operaci pacienta.

Některým pacientům je v rámci předoperační přípravy doporučeno, aby si nechali odebrat svoji vlastní krev tzv. autotransfuzi.

Den před operací pacienta navštíví anesteziolog z důvodu provedení anesteziologického předoperačního vyšetření. Anesteziolog zhodnotí schopnost pacienta celkové nebo spinální anestezie, naordinuje premedikaci před výkonem, popřípadě doplnění dalších vyšetření.

3.4 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Od půlnoci pacient nepřijímá nic per os a má zakázáno kouřit. V ranních hodinách podle schopnosti provede hygienu ve sprše sám nebo s dopomocí ošetrovatelského personálu. Pacient odloží všechny kovy, které má na sobě. Vyjme si zubní protézu. Cennosti má možnost zamknout si do svého stolku. Po hygieně všeobecná sestra navlékne pacientovi na zdravou končetinu elastickou antitrombotickou punčochu a je převlečen do empíru. Na výzvu anesteziologického týmu je pacientovi podána premedikace. Poté na zavolání anesteziologického týmu je odvezen na operační sál se svou ošetrovatelskou dokumentací a s profylaktickou dávkou antibiotik, ošetřující sestra předá informace o pacientovi anesteziologické sestře.

3.5 OPERAČNÍ VÝKON

Operaci vede operatér s pomocí jednoho či dvou asistentů. Po dobu celého výkonu je operant uveden do hlubokého spánku, popřípadě svodné anestezie je přitlumeno vědomí a potlačeno vnímání bolesti. Délka operace je samozřejmě zcela individuální, ale většinou se pohybuje mezi jednou či dvěma hodinami.

Incize na kolenním kloubu je vedena podélně ve střední části. Koleno se poté pokrčí, aby byly všechny části dobře zřetelné. Poté jsou odstraněny přítomné menisky, porušená kost, výrůstky a zbytky chrupavky. Kost v oblasti kloubního povrchu je oscilační pilou zformovaná do tvaru budoucího implantátu. Vazy kolenního kloubu

se povětšinou ponechávají, aby byla zachována normální hybnost a stabilita kolenního kloubu. Holenní kost je pokryta tibiální částí implantátu – kovová destička se speciálně formovaným dřikem, zakotveným v kosti. Destičku překrývá ploténka z důvodu, aby tření mezi nimi bylo co nejmenší. Dále, když je stehenní kost dostatečně opracována nasadí se femorální komponenta. Poté je na kostní lůžko nasazen definitivní implantát. Fixaci zajišťuje kostní cement či přímý vrůst implantátu do kosti. Operace je prováděna za použití pneumatického turniketu. Pro zamezení vzniku krevního hematomu jsou z rány zavedeny 2 odsavné drény. Odstraňují se druhý či třetí den po výkonu dle krevních ztrát. Po ukončení výkonu je pacient převezen na jednotku intenzivní péče, kde jsou sledovány a zajišťovány základní životní funkce (SOSNA, 2005).

Operace je především závislá na faktorech, které je potřeba do důsledku zvážit a počítat s nimi. Jedná se o věk pacienta v době implantace, schopnost pacienta dodržovat pravidla, která jsou nezbytná pro zachování funkčnosti endoprotézy, výskyt komorbidit, konstrukce implantátu, tribologické vlastnosti složek implantátu, způsob fixace a chirurgická technika – správné zarovnání složek implantátu, spolehlivá fixace (KRUKEMEYERS, 2014).

3.6 POOPERAČNÍ PÉČE

Pokud nejsou závažné pooperační komplikace, tak první pooperační den si sestra převezme pacienta s jeho dokumentací z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení. Zaznamenávají se fyziologické funkce dle ordinace lékaře, kontrolují se invazivní vstupy jako odvod drénů, průchodnost PMK či funkčnost PŽK. Pozorně se sleduje obvaz operační rány, zda není přítomen prosak rány. Pacientovi je zajištěna poloha v polosedě a je možno přizvednout panel pod kolena. Sestra pravidelně sleduje bolest operované končetiny, popřípadě jsou podávána analgetika, ev. opiáty dle ordinace lékaře. Je potřeba si uvědomit, že tento zákrok podstupují především starší pacienti a brát na vědomí, tyto vlivy: nežádoucí účinky opioidů jsou častější a zvláště nebezpečné, jsou u nich častější pooperační komplikace a nežádoucí účinky po anestezii. Citlivost k bolesti se s věkem snižuje a pacient s kognitivní poruchou necítí bolest. Právě z těchto důvodů je nutný odlišný přístup než u mladších pacientů. U těchto pacientů je také

zvýšené riziko pádu, proto pečlivě sledujeme a upravujeme prostředí pacienta a umožníme používání všech pomůcek (chodítka, berle, francouzské hole).

Antibiotika a infuze jsou zajišťovány intravenózně, v případě pokračování antibiotické léčby se převádí na perorální formu. Sestra u pacienta sleduje příjem a výdej tekutin za 24 hodin. Pokud by hydratace nebyla dostatečná je nutné upozornit ošetřujícího lékaře a aplikovat infuzní léčbu dle lékaře. Pacient jako součást časně rehabilitace dostane molitanový válec, který se umísťuje pod patu operované končetinu a střídavě se končetina polohuje do flexe (40 stupňů) a extenze. To je nezbytné k tomu, aby náhrada kolenního kloubu v budoucnu správně fungovala. První dva dny je pacient imobilizován na lůžku a proto je důležitá zvýšená pozornost v péči o kůži a kontrola predilekčních míst.

PÉČE O PŽK

V místě vpichu PŽK kontrolujeme zda je čisté krytí (výměna dle potřeby), průchodnost a fixaci kanyly a také spojovací hadičky. Důležité je všimnout si okolní kůže, zda není přítomno začervenání či otok. Kanyla se ponechává maximálně 72 hodin aby se předešlo případným komplikacím. Stav PŽK se hodnotí dle Maddona – tíže flebitis.

Tabulka 1 Klasifikace tíže flebitis dle Maddona (STT)

<i>Stupeň</i>	<i>Klasifikace tíže flebitis dle Maddona (STT)</i>
0	Není bolest ani reakce v okolí.
1	Pouze bolest bez reakce v okolí.
2	Bolest a reakce v okolí (začervenání).
3	Bolest, zarudnutí, otok nebo bolestivý pruh v průběhu žíly.
4	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly.

Zdroj: FNM, 2015

PÉČE O OPERAČNÍ RÁNU

Redonovy drény se většinou odstraňují 2 pooperační den, jestliže odpady z drénů jsou přiměřené. Odstranění vykonává lékař. Poté se udělá převaz, kdy se na ránu aplikují sterilní čtverce a krytí.

Pokud je krytí operační rány znečištěno, musí se udělat převaz. Za aseptického postupu se sejme krytí a použije se dezinfekce pro očištění rány. Sestra kontroluje okolí rány, zda není zarudlá či není přítomen sekret z rány. Po očištění se aplikuje krytí (náplast Curapor, sterilní čtverce) a končetina se zabandáží z důvodu prevence TEN. Převaz operační rány se zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace.

Po odstranění drénu je pacient vertikalizován pod dohledem fyzioterapeuta. Jako další pacienta čeká nácvik chůze o berlích s odlehčováním operované končetiny a správné ulehání na lůžko a vstávání z lůžka. Také se využívá princip kontinuálního pasivního pohybu – motorová dlaha. Ta provádí pomalé pohyby v kolenním kloubu bez nutnosti svalové práce. Rozsah pohybu se tak navrácí mnohem rychleji. Po dobu hospitalizace se aplikuje nízkomolekulární heparin – Clexane či Fraxiparin a provádí se bandážování operované končetiny jako prevence tromboembolické nemoci (SOSNA, 2005).

CELKOVÁ HYGIENA

Pokud má pacient zavedeny Redonovy drény, hygiena se provádí na lůžku a dle potřeby je poskytnutá dopomoc. Pokud pacient již nemá Redonovy drény a je schopný se pohybovat pomocí chodítka či francouzských holí, provádí hygienu v koupelně.

PÉČE O PMK

Zásadní je důkladná hygiena genitálu a kůže v oblasti genitálií. Doporučuje se používat mýdlo určené k hygieně intimních partií a provádět jí dvakrát denně, dle potřeby i častěji. Další zásada je udržování průchodnosti katetru. Také je nutné sběrný sáček v pravidelných intervalech vypouštět (2-3 hodiny). Výměna močového sáčku se provádí každých 24 hodin. Sběrný systém se rozpojuje jen v nezbytných případech (odběru moče na vyšetření, výměna močového sáčku). Velmi důležitá je hygiena rukou před a po manipulaci s katetrem jako prevence infekce. Močový katetr nesmí být nikde zalomený ani zaškrbený. Jestliže pacient leží, měla by hadička vést pod stehnem či lýtkem a být připevněna k boku lůžka.

STEHY

Přibližně 11. až 14. pooperační den lékař odstraní stehy z rány, sestra asistuje. Pomůcky jsou anatomická pinzeta, stehové rovné nůžky a gázové sterilní kompresy. Za dva dny je možné ránu lehce osprchovat. Pacienta edukujeme o péči o ránu. Za dva dny u pacienta proběhne kontrola stavu rány a jestliže je vše v pořádku rána se již nepřekrývá. Operační ránu lze promazávat antibiotickou mastí či tinkturou, kterou doporučí lékař. Je potřeba se vyvarovat nadměrné aplikaci krémů, které by mohli vést k mokvání rány.

3.7 REHABILITACE

„Cílem rehabilitace je navrátit pacienta s nebolestivým a funkčním kloubem co nejdříve do každodenního života“ (DUNGL, 2005, s. 1012).

3.7.1 PŘEDOPERAČNÍ REHABILITACE

Tato rehabilitace není u pacientů tolik známá, ale pokud jí pacient zařadí do svého denního rituálu, výrazně zkracuje dobu pooperační rehabilitace a tím i délku nutné hospitalizace. Je zaměřena především na relaxaci a protahování zkrácených svalových skupin. Jedná se o flexory kolenního kloubu a adduktory kyčelního kloubu. Dále do rehabilitace patří posilování oslabených svalových skupin zvláště čtyřhlavého stehenního svalu, procvičování aktivní i pasivní pohyblivosti kolenního kloubu, nácvik chůze s oporou francouzských holí s odlehčováním postižené končetiny. Samozřejmostí je i chůze po schodech, celková kondiční a dechová cvičení k prevenci tromboembolické choroby (DUNGL, 2005).

3.7.2 POOPERAČNÍ REHABILITACE

Pro zabránění nadměrnému opotřebení či předčasnému uvolnění je nezbytné dodržovat po operaci určitá pravidla a doporučení. Cílem pooperační rehabilitace je obnovit rozsah pohybu operovaného kloubu, nacvičit správnou chůzi o berlích a obnovit základní pohybové stereotypy.

1. pooperační den

- posilování a protahování zdravých končetin,
- mobilizace periferních kloubů operované DK,
- dechová cvičení.

2. - 3. pooperační den

- cvičení extenze a flexe do 50 stupňů,
- abdukce v kyčli a elevace natažené DK,
- posazování, nácvik stoje a chůze o berlích,
- používání motodlahy.

4. - 5. pooperační den

- zvedání a natahování obou DK do extenze,
- zvětšení rozsahu všech pohybů.

6. - 10. pooperační den

- chůze po schodech,
- cviky břišního svalstva,
- flexe kolenního kloubu.

11. - 12. pooperační den

- aktivní pokračování ve cvicích,
- pacient propuštěn do domácí péče.

Při rehabilitaci se může objevit edém operovaného kolene či celé dolní končetiny. Účinná je lokální kryoterapie na kloub – aplikace jedenkrát až třikrát denně po deseti minutách s následnou flexí a extenzí. Další metoda je také aplikace Priessnitzových zábalů, pokud to stav rány umožňuje (ANON, 2003).

V době, kdy má být pacient propuštěn musí zvládat samostatnou chůzi včetně schodů a sebeobsluhu. Je potřebné aby byl důkladně instruován o sestavě cviků, které by měl doma pravidelně provádět. Zátěž na operovanou končetinu určuje operátor, obvykle od 6 týdnů po operaci je možno zatěžovat polovinu váhy a od 3 měsíců naplno (KOUTNÝ, 2001).

SPRÁVNÉ ULEHÁNÍ NA LŮŽKO

Pacient dojde šikmo o berlích k lůžku. Pootočí se a přibližuje se k jeho okraji zády, dokud se ho nedotkne. Operovaná končetina je vysunuta mírně vpřed. Opře se o postel, ruce má položeny za sebou a pomalu se posadí na lůžko ohnutím kolen. Poté se posunuje hýžděmi po matraci šikmo dozadu, až se dostane úrovní kolen k matraci. Neoperovanou končetinu zvedne na lůžko a nasune operovanou končetinu (SOSNA, 2005, s. 48).

VSTÁVÁNÍ Z LŮŽKA

Pacient se posune na okraj lůžka na straně neoperovaného kolena a spustí neoperovanou dolní končetinu na zem. Opře se rukama o lůžko a pomalu sesunuje operovanou dolní končetinu na zem, kolenní kloub nesmí být nadměrně ohnutý. Vztyčí se na neoperovanou dolní končetinu a uchopí berle (SOSNA, 2005, s. 49).

CHŮZE O BERLÍCH, TROJDOBÁ CHŮZE

Pacient před sebe předsune obě berle a vzepře se na nich. Přenese váhu těla dlaněmi na madla, nezavěšuje se do podpažních berlí. Operovanou končetinou vykročí mezi berle, ale nezatěžuje ji. Přisune neoperovanou končetinu a přenese na ni zátěž (SOSNA, 2005, s. 50).

„Leh na zádech

1. Provádíme kroužení kotníků na obě strany.
2. Propínat kolena o podložky, přitáhnout špičky a hýždě stahovat k sobě.
3. Pokračujeme operovanou dolní končetinou (patu suneme po podložce).
4. Obě dolní končetiny pokrčené, mezi kolena molitanový čtverec nebo polštářek, s nádechem tiskneme kolena a hýždě k sobě, s výdechem povolit.
5. Obě dolní končetiny pokrčené, zvedneme špičky, paty zatlačíme do podložky, stáhneme hýždě a vtáhneme břicho.
6. Obě dolní končetiny pokrčené, břicho zatažené, stisknout hýždě a pomalu zvedat pánev od podložky, pomalu pokládat zpět, uvolnit.
7. Podložit koleno válečkem nebo molitanovým polštářem, protlačovat kolena do polštáře, tento cvik opakovat 5 – 10x za den.
8. Neoperovaná dolní končetina je pokrčená, operovaná natažená – propnuté koleno – přitažená špička, operovanou dolní končetinu suneme po podložce do strany (unožujeme). Nevytáčet koleno a špičku ven!

Leh na boku operované dolní končetiny: neoperovanou dolní končetinu pokrčenou položíme dopředu.

1. Operovanou dolní končetinu pokrčujeme v koleni (přitahujeme patu k hýždi) – zpět do natažení – propnout koleno – přitáhnout špičku.

Leh na břiše:

1. Opřeme nohy o špičky, s nádechem propneme kolena, stáhneme hýždě, s výdechem povolit.
2. Operovanou dolní končetinu pokrčujeme v koleni, snažíme se přitahovat patu k hýždi.
3. Dolní končetiny mírně od sebe, s nádechem stáhnout hýždě k sobě, s výdechem povolit.
4. Operovanou dolní končetinu maximálně pokrčíme v koleni, stáhnout hýždě, s nádechem odlepit koleno od podložky, s výdechem zpět položit.“
(HROMÁDKOVÁ, 2002, s. 127 - 128)

3.8 NÁSLEDNÁ PÉČE

Po odstranění stehů je pacient propuštěn z lůžkového zařízení. Všem pacientům je doporučena následná rehabilitace pro dosažení optimálního pohybového rozsahu. V rehabilitačním zařízení je rehabilitace komplexnější a rozsáhlejší. Délku rehabilitace určuje pacientovi ošetřující lékař. Po následné rehabilitaci má pacient možnost absolvovat lázeňskou péči. Doba pobytu je velmi individuální, ale většinou se pohybuje mezi dvěma až čtyřmi týdny. Pacientům je také umožněna lázeňská rehabilitační péče. Délka pobytu bývá 21–28 dní. Pacientovi tam je zajišťována kvalitní rehabilitace pod dohledem odborných fyzioterapeutů. Zažádat o ni musí ošetřující lékař.

Je také vhodné, aby pacient provedl úpravy ve svém domácím prostředí. Pacientovi je doporučena, aby svou domácnost doplnil kompenzačními pomůcky, jako jsou například sedačka do vany, madla do sprchového koutu, protiskluzové podložky do vany nebo sprchového koutu. Jestliže pacient žije sám, je mu nabídnuto ještě po čas pobytu sociální konzilium, kde po domluvě sociální pracovnice s pacientem je vybrané sociální zařízení, které nabídne pacientovi pro dobu nezbytně nutnou pobyt.

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Pacientka byla přijata do Fakultní nemocnice Motol na 1. ortopedickou kliniku 1. LFUK po doporučení svého ortopeda pro operaci totální endoprotézy levého kolenního kloubu z důvodu rozpadu, důsledkem autoimunitního onemocnění revmatoidní artritidy. Při příjmu byl ošetřujícím lékařem zjištěn otok kolene, na pohmat teplejší, bez zarudnutí. Pohyb byl značně bolestivý, postavení kloubů mírně valgózní – 10 stupňů.

4.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Pacientka narozena roku 1957 byla 13. 1. 2015 přijata k hospitalizaci do Fakultní nemocnice Motol na 1. ortopedickou kliniku 1. LFUK k plánované operaci totální endoprotézy levého kolenního kloubu z důvodu revmatoidní polyartritidy. Ošetřovatelská péče o pacientku byla prováděla ve dnech od 15. 1. 2015 do 17. 1. 2015 od 6:30 do 18:30 hod. Ke zhodnocení zdravotního stavu byla využita lékařská a sesterská dokumentace, rozhovor s pacientkou, fyzikální vyšetření a pozorování pacientky.

Identifikační údaje

Pohlaví: žena

Jméno: J.

Příjmení: S.

Věk: 57 let

Stav: vdaná – 3 děti

Zaměstnání: administrátor ve správě smluv

Pojišťovna: VZP

Datum přijetí: 13. 1. 2015

Medicínská diagnóza: TEP genus 1. sin.

Medicínská diagnóza vedlejší: přítomnost ortopedických kloubních implantů,
esenciální hypertenze

Vitální funkce při přijetí

TK: 150/90 mmHg

P: 77 tepů, pravidelný

D: 17/min

TT: 37,9 °C

Výška: 169 cm

Váha: 90 kg

BMI: 31,51

Rodinná anamnéza

Matka: zemřela na Infarkt Myokardu

Otec: zemřel na rakovinu prostaty

Sourozenci: žádné

Děti: syn a dvě dcery

Osobní anamnéza

Překonaná a chronická onemocnění: prodělána běžná dětská onemocnění, sarkoidóza plic, revmatoidní artritida, primární hypertenze na medikaci

Hospitalizace a operace: AT + TE v dětství, TEP coxae 1. dx. 2004, TEP coxae 1. sin. 2010

Úrazy: žádné závažné

Očkování: běžné

Farmakologická anamnéza

Tabulka 2 Chronická medikace

<i>Název</i>	<i>forma</i>	<i>síla</i>	<i>dávkování</i>	<i>skupina</i>
Celebrex	tobolky	200 mg	1 – 0 - 1	antirevmatika
Perindopril Mylan	tablety	8 mg	1 – 0 - 0	antihypertenziva
Methotrexat EBEWE	injekční roztok	10 mg/ml	1x týdně	cytostatika
Cimzia	injekční stříkačka	200 mg	1x týdně/14 dní	imunopreparáty

Alergologická anamnéza

Léky: Tramal

Potraviny: nejuje

Chemické látky: saponáty

Abúzy

Alkohol: příležitostně

Kouření: nekuřačka

Káva: 2x denně

Gynekologická anamnéza

Menarché: od 15 let

Cyklus: pravidelný

Trvání: 4 – 6 dní

Intenzita, bolesti: silné krvácení s počátečními bolestmi (křeče)

Abortus: 1 samovolný

UPT: 1

Porod: 3

Antikoncepce: žádná

Menopauza: neproběhla – datum poslední menstruace 1. 1. 215

Samovyšetřování prsou: každý měsíc

Poslední gynekologická prohlídka: před rokem

Sociální anamnéza

Stav: vdaná

Bytové podmínky: žije s rodinou v panelovém domu a výtahem – 5. patro

Vztahy, role a interakce: vztahy dobré, role babičky – 1 vnouče

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: paní J. je optimistická a v kolektivu oblíbená

Záliby: kultura, četba a cestování

Volnočasové aktivity: pravidelně přispívá na dobročinnou nadaci Dobrý anděl, která se zabývá dětmi trpícími rakovinou či jiným vážným

onemocněním.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: střední, nedokončená vysoká škola ekonomická (2 roky)

Pracovní zařazení: administrátor ve správě smluv

Odchod do důchodu, jakého: starobní důchod v roce 2017

Vztahy na pracovišti: bezkonfliktní

Ekonomické podmínky: pacientka je dobře situována

Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky: věří v přírodní síly

4.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY

Sběr základního fyzikálního vyšetření z pohledu všeobecné sestry ke dni 15. 1. 2015 dle Nejedlé.

Celkový stav pacienta: při vědomí, místem, osobou i časem orientována, Glasgow Coma Scale (dále GCS) 15 bodů, schopna edukace, řeč plynulá, komunikace bez problémů, řeč plynulá. Výška 169 cm, váha 90 kg, krevní tlak 150/90 mm Hg, pulz 77/min tepů, dechová frekvence 17/min, tělesná teplota 36,7 °C.

Hlava: normocefalická, na poklep nebolestivá; oční bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické, spojivky růžové, skléry bílé, bez známek ikteru; rty růžové, bez známek cyanózy; jazyk růžový, vlhký, mírně povleklý, plazí ve střední čáře; chrup vlastní, sanován.

Krk: krční páteř při anteflexi dobře pohyblivá, v místě karotid zvýšená pulzace, krční uzliny a štítná žláza nezvětšeny.

Hrudník: symetrický, kostální dýchání, prsy bez hmatné rezistence, akce srdeční pravidelná.

Břicho: kůže světlá, hladká, nebolestivé, měkké; ledviny nehmatné; močový měchýř nebolestivý; uretra bez výtoku; peristaltika v normě.

Končetiny: mírný otok levého kolenního kloubu, kůže napjatá, bolestivost spontánně i na pohmat, bez varixů.

Invazivní vstupy: PŽK zaveden v levé horní končetině, PMK č. 14 zaveden den před operací, z operační rány vyvedeny dva Redonovy drény.

Svalová pevnost: dostatečná.

Rozsah pohybu kloubů: omezená extenze a flexe (Nejedlá, 2006).

4.3 ZPRACOVÁNÍ 13 DOMÉN DLE NANDA TAXONOMIE II.

Zde je rozpracování 13 domén dle Taxonomie II.

1. Podpora zdraví

Paní J. byla hospitalizována již dvakrát. Poprvé, v roce 2004 kvůli totální endoprotéze pravého kyčelního kloubu a podruhé v roce 2010 pro totální endoprotézu levého kyčelního kloubu. Obě hospitalizace proběhla bez komplikací. V dětství prodělala běžná onemocnění, očkovaná byla a chodí pravidelně na stomatologická a preventivní vyšetření. Ve 24 letech diagnostika sarkoidózy s hilovou adenopatií. Od té doby pravidelně užívá kortikoidy. Uvádí, že od dob pravidelného užívání přibrala cca 20 kg a již se jí to nepodařilo shodit. Příčinou je i značné pohybové omezení kvůli revmatoidní artritidě. Dne 12. 1. 2015 přijata na 1. ortopedickou kliniku 1. stanici k plánovanému výkonu pro náhradu totální endoprotézy levého kolenního kloubu z důvodu rozpadu, důsledkem autoimunitního onemocnění. Operace byla vykonána 13. 1. 2015 v celkové anestezii bez komplikací. Paní J. Přivezena z JIPU, první den po operaci a nyní se cítí dobře.

Použité vyšetřovací škály: 0

Ošetrovatelský problém: nenalezen.

2. Výživa

Doma se pacientka stravuje spíše nepravidelně. Říká, že je to nejspíše z důvodu časové náročnosti v práci. K večeru dorazí z práce domů a nají se. Ví, že to není nejzdravější a že má obezitu. Snaží se tento zlovyk co nejvíce eliminovat. Tady v nemocnici zatím moc jíst nechce z důvodu imobilizace na lůžku. Po odstranění Redonovy drenáže a následné rehabilitaci bude mít větší chuť k jídlu. Pitný režim je dostatečný, zhruba 1,5–2 litry denně. Alkohol pije příležitostně. Kožní turgor, stav nehtů a vlasů je v normě. Norton skóre činí 20 bodů, což znamená zvýšené riziko vzniku dekubitů. Pacientka měří 169 cm a váží 90 kg. BMI vyšetření má hodnotu 31,51, což ukazuje obezitu 1. stupně.

Použitá vyšetřovací škála: body mass index – 31,51.

Ošetrovatelský problém: nenalezen.

3. Vylučování a výměna

Paní J. netrpí na infekce močových cest. Nyní má zaveden PMK, který odvádí čistou moč, která je bez příměsí. Bilance tekutin je v normě. Je sledován příjem a výdej tekutin za 24 hodin. Problémy s PMK jako pálení či řezání pacientka neuvádí. Na stolici byla naposled ráno před operací. Večer před výkonem pacientce podány dva glycerínové čípky. Větry odcházejí a břicho má na pohmat měkké. Doma chodí na stolici jednou za dva dny. Dva dny před nástupem do nemocnice omezila jídlo z obavy použití podložní mísy.

Použité vyšetřovací škály: 0

Ošetrovatelský problém: riziko zácpy.

4. Aktivita – cvičení

Před diagnostikou revmatoidní artritidy paní J. chodila pravidelně na kalanetiku. Jinak pohyb má ráda a chodí na krátké procházky do přírody. Po operaci potřebuje dopomoc při běžných úkonech jako je oblékání, hygiena, stravování. Použito hodnocení soběstačnosti dle Barthelové, které je 45 bodů, což ukazuje závislost

středního stupně. Vertikalizace a následná rehabilitace začíná většinou 2. pooperační den, kdy dojde i k odstranění Redonovy drenáže. Pacientka nezaujímá pasivní postoj, spolupracuje a snaží se pomáhat. Paní J. nemá problémy se spaním. Chodí spát kolem 23 hodiny a probouzí se v týdnu ve 4 hodiny ráno, kvůli práci. Přes víkend spí klidně do 10 hodiny ranní. Medikaci na spánek nebere. Zde udává zhoršený spánek. Má problémy s usínáním a občas se během noci probudí. Z tohoto důvodu během dne pospává. Nejraději relaxuje hudbou či sledováním televize. Také má ráda esoteriku a účastní se různých kurzů s touto tematikou.

Použité vyšetřovací škály: Barthelové test základních všedních činností ADL.

Ošetrovatelský problém: zhoršený spánek.

5. Percepce/kognice

Pacientka je plně orientována místem, časem, prostorem i osobou. Má hypermetropii – 1 dioptrie na obě oči, bez nošení brýlí. Problémy se sluchem nemá. V komunikaci nezaznamenána žádná obtíže. Je plně seznámena se svou diagnózou a aktuálním stavem. Má zkušenosti s hospitalizací na tomto oddělení a zhruba ví co jí čeká ohledně rehabilitace a následné rekonvalescence. Na otázku intenzity bolesti udává podle numerické škály č. 5. Ta je tlumena pomocí analgetik dle ordinace lékaře a nefarmakologickými postupy, jako je ledování.

Použité vyšetřovací škály: 0

Ošetrovatelský problém: bolest.

6. Sebepercepce

Paní J. o sobě říká, že je spíše optimistický typ. Hodně se zaměřuje na poznání sama sebe právě pomocí kurzů a literatury, takže je smířená se vším co se jí stalo. Strach ani úzkost neudává a při komunikaci nejsou zpozorovány žádné z těchto pocitů.

Použité vyšetřovací škály: 0

Ošetrovatelský problém: nenalezen.

7. Vztahy mezi rolemi

Bydlí v panelovém domě s manželem a dvěma dětmi. Má jedno vnouče, o které se ráda stará. Chodí do práce, která jí sice moc nenaplňuje, ale za chvíli půjde do důchodu. Na ten se těší, alespoň bude mít více času na své koníčky, odpočinek, přátele a rodinu.

Použité vyšetřovací škály: 0

Ošetrovatelský problém: nenalezen.

8. Sexualita

Menarche byla v 15 – ti letech. Cyklus má pravidelný. Nikdy větší problémy nepociťovala. Měla tři fyziologické porody, kdy porodila zdravé děti. Má jednoho syna a dvě dcery. Jednou samovolně potratila a jednou uměle přerušila těhotenství. Na pravidelné gynekologické prohlídky chodí a neprodělala žádnou vážnější gynekologickou operaci. Samovyšetřování prsou si provádí pravidelně s obavou výskytu rakoviny, když v rodinné anamnéze rakovina je přítomna. Paní J. se ještě nedostavila menopauza. Už by, ale chtěla. Menstruace každý měsíc ji obtěžuje. Datum poslední menstruace 1. 1. 2015. Co se týče sexuality, zásadnější problém v této oblasti neudává.

Použité vyšetřovací škály: 0

Ošetrovatelský problém: nenalezen.

9. Zvládání/tolerance zátěže

Nejhorší zátěžová situace byla, když se v roce 1995 tonula nejmladší dcera na dovolené. Proběhla resuscitace lékařem, který byl shodou náhod také na dovolené. Následoval převoz do nemocnice na JIP oddělení. Paní J. se bála o její život. Ohledně své operace nervózní prý nebyla. Pouze je zneklidněna ohledně délky rekonvalescence, protože se potřebuje vrátit co nejdříve do práce. Je 1. den po operaci a je ráda, že je na standardním oddělení a tudíž je vše v pořádku.

Použité vyšetřovací škály: 0

Ošetrovatelský problém: nenalezen.

10. Životní principy

Paní J. věří v přírodní síly. Věnuje se esoterice a čte literaturu zaměřenou na tento druh víry. Sama objasňuje, že věří „ve vyšší moc - přírodu“.

Použité vyšetřovací škály: 0

Ošetrovatelský problém: nenalezen.

11. Bezpečnost/ochrana

Pacientka trpí esenciální hypertenzí, na kterou užívá léky. Byla již 3x na ortopedické operaci. Aktivně používá francouzské hole, tím pádem je riziko pádu zmenšeno. Nyní má paní J. ordinovaná antibiotika 2x denně jako prevenci infekce. Jelikož pacientka užívá dlouhodobě imunopreparáty je riziko infekce zvýšené, proto budeme postupovat přísně asepticky při převazech operační rány a při invazivních vstupů. Klasifikace tíže flebitis dle Maddona je 0, tudíž není bolest ani reakce v okolí PŽK. Pacientka se nadměrně potí z důvodu zvýšené tělesné teploty – 37,9 °C, podáno antipyretikum (Paralen). Krytí rány je suché, bez prosaku. Z rány jsou vyvedeny dva Redonovy drény, které jsou plně funkční a odvádí. První Redonova drenáž činí 30 ml krve a druhá drenáž obsahuje 10 ml krve. Jako prevence TEN má pacientka zabandážované dolní končetiny a eviduje se její příjem a výdej tekutin. Do prevence také patří každodenní aplikace Clexanu 0,4 ml.

Použité vyšetřovací škály: Klasifikace tíže flebitis dle Maddona.

Ošetrovatelský problém: hypertermie, narušená integrita tkáně, riziko infekce, riziko pádu, riziko TEN.

12. Komfort

Zvracení a nauzeu neguje. Na numerické škole bolesti pacientka ukazuje intenzitu č. 5. Akutní bolest je řešena podáním analgetik dle ordinace lékaře. Paní J. je edukována o správné poloze dolní končetiny a je jí dán molitanový kroužek pod patu na protahování vazů, aby nedošlo k jejich zkrácení.

Použitá vyšetřovací škála: numerická škála bolesti – č. 5.

Ošetrovatelský problém: bolest.

13. Růst/vývoj

Růst a vývoj zcela fyziologický. V této oblasti nebyly zaznamenány žádné problémy.

Použité vyšetřovací škály: 0

Ošetrovatelský problém: nenalezen.

4.4 MEDICÍNSKÝ MANAGMENT

Ordinovaná vyšetření:

Předoperační vyšetření: RTG srdce a plic, RTG levého kolenního kloubu, odběry krve (hematologie, biochemie, krevní banka, glykémie, koagulace), odběr moče, měření TK + P

Pooperační vyšetření: odběry krve, RTG levého kolenního kloubu

Výsledky:

předoperační

KO – v normě

Ionty – v normě

APTT – v normě

QUICK – v normě

pooperační

KO – mírné zvýšení erytrocytů, trombocytů

Ionty – v normě

APTT – v normě

QUICK – v normě

Konzervativní léčba:

Dieta: 3 (racionální)

RHB: od 15.1 2015 denně

Výživa: per os

Tabulka 3 Medikace po operaci

<i>Název</i>	<i>forma</i>	<i>síla</i>	<i>dávkování</i>	<i>skupina</i>
Cefuroxime Kabi	prášek pro inj. roztok	1,5 g i.v	2 – 2 - 1	antibiotika
Pradaxa	tobolky	110 mg	1 – 0 - 1	antikoagulancia
Novalgín	inj. roztok	2 ml	1 amp. a 6hod.	analgetikum
Morphin	inj. roztok	10 mg	1 amp. a 4 hod.	opiát

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace FNM, 2015

4.5 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka přijata 13. 1. 2015 na ortopedickou kliniku do Fakultní nemocnice Motol k plánované operaci pro endoprotézu levého kolenního kloubu.

Dne 15. 1. 2015 pacientka 1. pooperační den přivezena z JIP na standardní oddělení 1. ortopedické kliniky. Následovalo měření fyziologických funkcí, kontrola Redonovy drenáže – funkčnost, zapojení signalizace na sesternu a zapolohování – mírné zvednutí kolen. U pacientky sledovány odpady ze dvou Redonových drénu a také stav obvazu rány. Dodán molitanový kruh pod patu operované končetiny proti zkrácení šlach v kolenu. Hybnost a citlivost prstů operované končetiny v normě. Pacientka omezena v pohybu, vyhodnocení pomocí Barthelové testu. Udává bolest s číslem 5 pomocí numerické škály bolesti. Bolest byla tišena analgetiky dle ordinace lékaře. Měla zaveden permanentní močový katetr s číslem 14 a byl sledován příjem a výdej tekutin. Periferní žilní katetr měla zavedený od 14. 1. 2015 v levé horní končetině. Bez známek infekce. Byly nalezeny aktuální ošetrovatelské diagnózy jako jsou akutní bolest, hypertermie, narušený vzorec spánku, narušená integrita kůže, deficit sebeděče při koupání a zhoršená tělesná pohyblivost. Jako rizikové ošetrovatelské diagnózy byly určeny tyto riziko infekce, riziko zácpy a riziko pádu.

Použité hodnotící škály:

- Barthelové test: 45 bodů (střední závislost),
- Norton skóre: 20 bodů,
- BMI: 31,51,
- Numerická škála bolesti: 5,
- Klasifikace tíže flebitis dle Maddona: 0.

4.6 ROZDĚLENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TOXONOMIE II

Ošetrovatelské diagnózy byly zhotoveny na základě rozhovoru s pacientkou a s použitím knihy: Ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2012 – 2014.

4.6.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

- (00132) Akutní bolest.
- (00007) Hypertermie.
- (00198) Narušený vzorec spánku.
- (00044) Narušená integrita tkáně.
- (00108) Deficit sebepěče při koupání.
- (00085) Zhoršená tělesná pohyblivost.

4.6.2 RIZIKOVÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

- (00004) Riziko infekce.
- (00155) Riziko pádu.
- (00015) Riziko zácpy.

4.7 ROZPRACOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Ošetrovatelská diagnóza č.1

Název + kód: *Akutní bolest (00132)*

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice:

Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- změny srdečního rytmu, číselný záznam (numerická škála bolesti), výraz obličeje (grimasa), pozorované známky bolesti, vyhledávání antalgické polohy, bolest, narušení vzorce spánku

Související faktory:

- původci zranění (fyzikální)

Cíl:

dlouhodobý: pacientka na konci hospitalizace udává bolesti s číslem 1 dle numerické škály

krátkodobý: pacientka udává snížení bolesti do 1 hodiny (klesne na numerické škále na číslo 2)

Priorita: vysoká

Očekávané výsledky:

- pacientka chápe příčinu vzniku bolesti do 30 minut
- pacientka je schopna o bolestech a jejich projevech hovořit do 30 minut
- pacientka je schopna sledovat bolest, denně
- pacientka udává, že je bolest zmírněna do 1 hodiny (podle numerické škály klesne bolest na číslo 2)

Plán intervencí od 15. 1. 2015 do 17. 1. 2015:

- posuzuj lokalizaci, charakter, trvání, četost a závažnost bolesti, několikrát denně – všeobecná sestra
- pozoruj neverbální projevy bolesti, denně – všeobecná sestra
- sleduj fyziologické funkce ve stavu klidném i při aktuální bolesti, denně – všeobecná sestra
- podávej analgetika dle ordinace lékaře s přihlédnutím aktuálního stavu pacientky, denně – všeobecná sestra
- pečuj o pohodlí pacientky, denně – všeobecná sestra
- zajišťuj co nejvíce klidné prostředí, denně – všeobecná sestra

Realizace od 15. 1. 2015 do 17. 1. 2015:

V 10:00 pacientka přivezena první pooperační den na standardní oddělení, kde byly bezprostředně změřeny fyziologické funkce a pomocí rozhovoru zjišťován charakter, závažnost, lokalizace bolesti a také zda chápe příčinu své bolesti. Bolest udávala na numerické škále do stupně číslo 5/10. V 10:00 byl podán opiát Morphin 10 mg i. m., dle ordinace lékaře a vše zapsáno do dokumentace. Došlo ke snížení na bolesti na číslo 3/10. Ve 14:00 se bolest u pacientky opět vrátila bolest na 4/10 a byl aplikován Novalgin 1 amp. i. v. ve 100 ml fyziologickém roztoku dle ordinace lékaře. Po 30 minutách kontrola a bolest se snížila na číslo 2/10. Rána byla ledována dle ordinace lékaře. Druhý den byly odstraněny Redonovy drény a pacientka udávala bolest s číslem 4/10. Bylo aplikován Novalgin 1amp. i. m. Pacientka v tomto dnu vertikalizována s pomocí fyzioterapeutů. Třetí den pacientce doporučeno podávání analgetik před rehabilitací. V dopoledních hodinách pacientka rehabilitovala a chtěla před tím aplikovat analgetikum – aplikován Novalgin 1amp. i. m. dle ordinace lékaře. Svou bolest hodnotila číslem 3/10. Po kontrole účinku udávala utlumení na číslo 2. Vše bylo zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace a podepsáno ošetřující sestrou.

Hodnocení:

Po dotazování pacientka sdělila lokalizaci, charakter a závažnost své bolesti a plně chápala příčinu vzniku bolesti. Po podání opiátu následovala za půl hodiny kontrola stupně bolesti a pacientka udávala bolest s číslem 2/10. Pacientce dán molitanový válec proti zkrácení šlach a také byla zapoložována pomocí polohovacího lůžka s mírně pokrčenými koleny. Pacientce bylo zajištěno čisté, upravené lůžko

a signalizace na sesternu byla umístěna na dosah ruky pacientky. Dne 17. 1. 2015 u pacientky došlo ke snížení na číslo 2/10 dle numerické škály. Pacientka plně spolupracovala. U pacientky se snížila bolest na číslo 2/10, tudíž cíl je hodnocen jako splněný. Dlouhodobý stále přetrvává.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Název + kód: *Hypertermie (00007)*

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 6: Termoregulace

Definice:

Tělesná teplota nad normálním rozmezím.

Určující znaky:

- křeče, pokožka teplá na dotyk, tachykardie

Související znaky:

- léky, snížené pocení, vystavení horkému prostředí

Cíl:

dlouhodobý: pacientka má po ukončení hospitalizace normotermii

krátkodobý: u pacientky dojde ke snížení tělesné teploty na normotermii do 1 dnu

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- pacientka udržuje tělesnou teplotu v mezích normy, denně – všeobecná sestra
- u pacientky je stanovena základní příčina do 1 dne – všeobecná sestra
- u pacientky nedojde k záchvatům, křečím do 1 dne – všeobecná sestra

Plán intervencí od 15. 1. 2015 do 17. 1. 2015:

- monitoruj tělesnou teplotu pacientky, denně – všeobecná sestra
- monitoruj srdeční frekvenci a rytmus, denně – všeobecná sestra
- podávej antipyretika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra
- podávej léky dle ordinace lékaře v rámci léčby základní příčiny – ATB – všeobecná sestra
- dbej na zachování klidu na lůžku, denně – všeobecná sestra

Realizace od 15. 1. 2015 do 17. 1. 2015:

První pooperační den po naměření subfebrilie bylo pacientce podáno antipyretikum dle ordinace lékaře. Pravidelně monitorována srdeční frekvence, rytmus, dýchání a vše zaznamenáváno do dokumentace. Bylo zjišťováno, zda nepocituje křeče či bolest hlavy. Ve večerních hodinách podány ATB Cefuroxim Kabi 1,5 g ve 100 ml fyziologickém roztoku. Pacientce zajištěné čisté, upravené a suché lůžko a dle potřeby vyměněno potřebné ložní. Aplikovány studené zábaly na oblast čela. Signalizaci na sesternu byla umístěna pacientce na dosah ruky.

Hodnocení:

Základní příčina subfebrilie je způsobena přítomností endoprotézy kolenního kloubu. Pacientka neudávala žádné pocity křeče či bolesti hlavy. Ve večerních hodinách měření tělesné teploty zjištěno, že pacientka již má normotermii a tudíž není potřeba dalších kroků. Krátkodobý cíl byl splněn a dlouhodobý přetrvává.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Název + kód: *Narušený vzorec spánku (00198)*

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice:

Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

Určující znaky:

- změna normálního vzorce spánku, nespokojenost se spánkem, uvádí stavy bdělosti

Související faktory:

- okolní teplota, přerušování, hluk, neznámé prostředí pro spánek

Cíl:

- dlouhodobý: pacientka spí minimálně 6 hodin – do týdne
- krátkodobý: pacientka se cítí odpočatá – do 1 dne

Priorita: nízká

Očekávané výsledky:

- u pacientky došlo ke zlepšení spánku a odpočinku
- u pacientky došlo ke zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti

- pacientka omezí konzumaci kávy

Plán intervencí od 15. 1. 2015 do 17. 1. 2015:

- zajímej se aktivně o každou okolnost, která spánek ruší a zaznamenávat její výskyt, denně - všeobecná sestra
- dbej na vhodnou přípravu prostředí ke spánku, denně - všeobecná sestra
- podávej léky proti bolesti podle ordinace lékaře hodinu před plánovaným usnutím, denně - všeobecná sestra

Realizace od 15. 1. 2015 do 17. 1. 2015:

Pacientka říká, že její oblíbený nápoj je káva. Po otázce, kdy naposled kávu konzumuje, udává přibližně šestou hodinu. Snaha o eliminaci rušivých faktorů, jako jsou: otevřené dveře a okna, rozsvícená světla či zapnutá televize. Pokoj před spánkem vždy dostatečně vyvětraný. Paní J. udává, že důvod špatného spánku je především bolest, kterou zpětně označila pomocí škály jako VAS 6/10. Hodinu před plánovaným spánkem aplikace opiátu. Druhý den si pacientka na noc nedala opiát, ale zvolila slabší injekci zkombinovanou s práškem na spaní. Ráno udávala, že se probouzela a neměl hluboký spánek a vnímala co se děje na oddělení. Bylo jí, tedy doporučeno ať si ještě na noc nechá dávat opiát pro lepší kvalitnější spánek.

Hodnocení:

Pacientka upozorněna, že její poslední konzumace kávy může být faktorem narušeného vzorce spánku. Paní J. však po domluvě nehodlá kávu vynechat. Pacientka druhý den dotázána, zda pocítovala zlepšení při usínání a při spánku. Konstatuje, že po podání opiátu usínání bylo znatelně rychlejší a následný spánek byl kvalitnější. Cítí se více odpočatá nežli předešlou noc. Krátkodobý cíl byl splněn, dlouhodobý trvá.

Ošetřovatelská diagnóza č. 4

Název + kód: *Deficit sebepéče při koupání (00108)*

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Určující znaky:

- neschopnost dostat se do koupelny, neschopnost získat nebo dostat se ke zdroji vody

Související faktory:

– bolest, slabost
Cíl: pacientka se naučí novému způsobu, jak provádět osobní hygienu v rámci svých možností
Priorita: nízká
Očekávané výsledky: krátkodobý: pacientka zvládne osobní hygienu na lůžku do 2 dne dlouhodobý: pacientka zvládá osobní hygienu bez pomoci sama do konce hospitalizace
Plán intervencí od 15. 1. 2015 do 17. 1.2015: <ul style="list-style-type: none"> – dbej na soukromí pacientky při úkonech osobní péče, denně - všeobecná sestra – používej motorickou a slovní instrukci při provádění hygienické péče, denně - všeobecná sestra – zajišťuj příslušné pomůcky, denně - všeobecná sestra – respektuj zvyklosti pacientky ohledně provádění hygienické péče, denně – všeobecná sestra – umožňuj pacientce dostatek času a soukromí při vykonávání hygienické péče, denně -všeobecná sestra
Realizace od 15. 1. 2015 do 17. 1. 2015: V ranních hodinách pacientka vykonávala hygienu. Byly zajištěny všechny potřebné pomůcky. Bylo respektováno pořadí, ve kterém pacientka prováděla hygienu a zajištěno co největší soukromí a dostatek času. Druhý den, když byly paní J. vytaženy drény začala s vertikalizací a mohla hygienu vykonávat v koupelně.
Hodnocení: Pacientka se naučila novému způsobu jak vykonávat hygienu v rámci svých možností. Zvládla ji bez větších potíží. Proto cíl, který jsem si zvolila, mohu hodnotit jako úspěšný.

Ošetřovatelská diagnóza č. 5
Název + kód: <i>Narušená integrita kůže (00046)</i>
Doména 4: Bezpečnost/ochrana
Třída 2: Fyzické poškození
Definice:

<p>Změny v epidermis nebo dermis.</p> <p>Určující znaky:</p> <ul style="list-style-type: none"> – destrukce vrstev kůže, narušení kožního povrchu, narušení tělesných struktur <p>Související faktory:</p> <ul style="list-style-type: none"> – hypertermie, nevyvážená výživa (obezita)
<p>Cíl:</p> <p>krátkodobý: pacientka nemá příznaky infekce do 5 dnů</p> <p>dlouhodobý: pacientce se hojí operační rána per primam do konce hospitalizace</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>Očekávané výsledky:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pacientka má dostatečně prokrvenou, vyživenou a hydratovanou tkáň – pacientka si osvojila chování ve prospěch hojení a prevence komplikacím – pacientka se zapojí do preventivních i léčebných opatření
<p>Plán intervencí od 15. 1. 2015 do 17. 1. 2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> – edukuj pacientku o zásadách péče o operační ránu první den – všeobecná sestra – edukuj pacientku o komplikacích a příznacích infekce první den – všeobecná sestra – kontroluj stav operační rány a všímej si známky infekce každý den – všeobecná sestra – dbej na dobrou výživu s adekvátním příjmem bílkovin a energie, vitamínů denně – všeobecná sestra – zajišťuj pacientce dostatečný odpočinek a nerušený spánek, denně – všeobecná sestra – prováděj dostatečnou mobilizaci nemocného, denně – všeobecná sestra – postupuj přísně asepticky při převazech a v případě začervenání rány či sekretu informuj lékaře – všeobecná sestra
<p>Realizace od 15. 1. 2015 do 17. 1. 2015:</p> <p>První den, kdy byla pacientka přijata na lůžkové oddělení byl pravidelně sledován obvaz operační rány a odvod Redonových drénů. Obvaz neprosakoval a drény odváděly přiměřené množství. Byla edukována o komplikacích při hojení operační rány. Vše bylo zapsáno do dokumentace s podpisem sestry. Druhý den byly pacientce</p>

odstraněny Redonovy drény. Rána byla převázána sterilní plenou a vše bylo zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace. Třetí den při převazu nebyly zjištěny žádné známky infekce a rána se hojila per primam. Vše zapsáno do dokumentace s podpisem sestry.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý splněn, směřující k naplnění cíle dlouhodobého. Nezpozorovány žádné znepokojující známky infekce u operační rány.

Ošetrovatelská diagnóza č. 6

Název + kód: *Riziko zácpy (00015)*

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice:

Riziko snížení normální frekvence defekace doprovázené obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřeně tvrdé, suché stolice.

Rizikové faktory:

- oslabené břišní svaly, nedostatečná fyzická aktivita

Cíl:

krátkodobý: pacientka má obnovenou střevní peristaltiku do 3 dnů

dlouhodobý: pacientka je bez zácpy do týdne

Priorita: nízká

Očekávané výsledky:

- pacientka má pravidelnou stolici

Plán intervencí od 15. 1. 2015 do 17. 1. 2015:

- dbej na dostatek soukromí při vyprazdňování denně – všeobecná sestra
- zdůrazňuj význam příjmu tekutin včetně vody a džusů denně – všeobecná sestra
- doporučuj pití teplých nápojů denně – všeobecná sestra
- sleduj frekvenci, barvu, konzistenci a množství stolice; pravidelně zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace denně – všeobecná sestra
- podávej léky podporující správný chod střevní pasáže dle ordinace lékaře – všeobecná sestra

Realizace od 15. 1. 2015 do 17. 1. 2015:

Pacientku bylo upozorněno důležitost dostatečného příjmu tekutin včetně teplých nápojů. Při vyprazdňování bylo pacientce zajištěno soukromí a zdůrazněno, že v případě potřeby může použít signalizaci k přivolání zdravotního personálu. První den po operaci pacientka nebyla na stoličce. Větry odcházejí a břicho je na pohmat měkké. Pacientka udává obavy z použití podložní mísy na lůžku a proto omezila příjem potravy. Příjem tekutin byl v normě. Druhý den po vytažení drénů paní J. Začala s rehabilitací. S pomocí fyzioterapeuta si došla na WC, kde se pokusila o vyprázdnění. To se však nezdařilo a bylo aplikováno klyzma – Yall. Po této aplikaci si pacientka došla pomocí francouzských holí na WC, kde se již vyprázdnění zdařilo. Od 17. 1. 2015 již pacientka používala WC pravidelně. Chodí samostatně s pomocí francouzských holí. Vše bylo zaznamenáváno do dokumentace s podpisem ošetřující sestry.

Hodnocení:

Pacientka má stoličce pravidelnou, tudíž mohu zhodnotit cíl jako úspěšně splněný směřující k naplnění cíle dlouhodobého. .

Ošetřovatelská diagnóza č. 7

Název + kód: *Riziko pádu (00155)*

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice:

Riziko zvýšené náchylnosti k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.

Rizikové faktory:

- používání pomůcek (chodítka), neznámý pokoj, absence protiskluzového materiálu ve sprše

Cíl:

dlouhodobý: pacientka nebude mít po dobu hospitalizace zaznamenaný pád

krátkodobý: pacientka se naučí eliminovat rizikové faktory do 2 dnů

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

<ul style="list-style-type: none"> – pacientka umí dobře používat kompenzační pomůcky – prostředí v okolí pacientky je bezpečné a doplněné vhodnými protiskluzovými pomůckami
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zajišťuj bezpečné prostředí v okolí pacientky, denně – všeobecná sestra – zjišťuj, zda si pacientka uvědomuje rizikové faktory a bezpečnostní opatření ke snížení rizika pádu, denně - všeobecná sestra – edukuj pacientku o používání kompenzačních pomůcek, denně - všeobecná sestra
<p>Realizace od 15. 1. 2015 do 17. 1. 2015:</p> <p>Pacientka byla upozorněna na riziko pádu a bylo zdůrazněno, že by to mohlo znamenat velké komplikace hospitalizace i následné rehabilitace. Bylo ukázáno používání všech kompenzačních a bezpečnostních pomůcek jako jsou: postranice, pomocné madlo u postele, francouzské hole, úchyty v koupelně, sedátko ve sprše, protiskluzová podložka. Také pacientka byla upozorněna na důležitý prvek a to vhodnou protiskluzovou obuv. V období 15. 1. 15 – 17. 1. 15 nebyl zaznamenán žádný pád.</p>
<p>Hodnocení od 15. 1. 2015 do 17. 1. 2015:</p> <p>Krátkodobý cíl byl úspěšně splněn. Jelikož to není první hospitalizace pacientky na tomto oddělení, tak kompenzační pomůcky umí používat bez problémů. Edukaci byla pojata formou rozhovoru a poté bylo ověření zpětnými otázkami, zda pacientka vše správně pochopila. Vše spěje ke splnění i dlouhodobého cíle.</p>

Celkové hodnocení:

Pacientka byla přijata na plánovanou hospitalizaci na oddělení ortopedie – 1. stanice. U pacientky byla zpracována ošetrovatelská péče v rozmezí třech dnů (15. 1. 2015 do 17. 1. 2015). Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, které byly následně podrobně rozpracovány. Zvolené cíle u jednotlivých diagnóz byly splněny nebo přetrvávaly do konce hospitalizace.

Pacientce se druhý den vytáhly Redonovy drény a začalo se s rehabilitací. Převozby se dělali každý den a rána se hojila per primam. U pacientky se nerozvinula žádná infekce. Na škále podle Nortonové měla pacientka při sběru hodnotu 20 což znamenalo vyšší riziko výskytu dekubitů. Při posledním ošetrovatelském dnu se hodnota zvýšila na 25, což znamená, že riziko již není aktuální. U Barthelova testu měla hodnotu

45 – střední závislost. V posledním ošetrovatelském dni bylo test přehodnocen s výsledným číslem 95 – velmi mírná závislost. Jelikož paní J. již používá pravidelně francouzské hole neměla v užívání žádný problém. Měla předešlou zkušenost s tímto oddělením a věděla jak to tu funguje, tudíž i po psychické stránce nebyly zpozorovány žádné problémy.

Při analýze ošetrovatelské dokumentace pacientky můžeme konstatovat, že námi navržené ošetrovatelské diagnózy, cíle i intervence byly ve shodě s těmi, co stanovily všeobecné sestry na oddělení. Znění a posloupnost jejich diagnóz byla bolest, omezená sebekpěče v souvislosti s poruchou pohybového aparátu, porucha regulace tělesné teploty, pohyblivost porušena, riziko pádu a úrazu, aktuální narušení kožní integrity a riziko vzniku infekce.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI PRO VŠEOBECNÉ SESTRY (ZDRAVOTNÍKY):

Všechny všeobecné sestry (zdravotníci), kteří pracují právě na ortopedickém lůžkovém oddělení musejí znát zásady o správném pohybu po operaci totální endoprotézy kolenního kloubu. Měli by dostatečně edukovat pacienta o těchto zásadách, které je potřeba dodržovat po celý zbytek života. Samozřejmostí je ověřit si zpětnou vazbu, zda pacient všemu dokonale porozuměl.

Sestra by se měla vzdělávat ohledně tohoto oboru a aktivně aplikovat všechny dostupné trendy a postupy.

Dále by měla být po celou dobu hospitalizace pacientovi oporou jak psychickou tak i fyzickou. Měla by být schopna odpovědět na všechny otázky a popřípadě poradit s možnostmi poskytnutí následné péče.

Po dobu hospitalizace by také měla edukovat rodinné příslušníky a podporovat je v návštěvnosti u pacienta.

4.8 EDUKACE PACIENTKY

Při edukaci pacientky před propuštěním do domácího ošetřování se zaměřujeme především na to, aby pacientka všemu porozuměla a dáváme prostor na dotazy. Důležitá je i zpětná vazba pacientky. Zdůraznila jsem pravidla, která jsou nezbytná pro úspěšné navrácení do normálního života. Tyto pravidla jsou nutná dodržovat minimálně po dobu tří měsíců.

1. Spěte na pevném a rovném lůžku.
2. Nevytáčejte dolní končetiny ven ani dovnitř.
3. Sed'te na obou půlkách hýždí.
4. Častěji měňte polohy – sezení maximálně po dobu 30 minut.
5. Nestůjte příliš dlouho.
6. Chod'te v pevné obuvi, která má pružnou a elastickou podrážku.
7. Při chůzi používejte francouzské hole.
8. Nenoste těžké předměty.
9. Neohlížejte se.
10. Chod'te pomalu v přirozeném tempu.
11. Zatěžujte operovaný kloub podle doporučení operátora a provádějte v menších intervalech intenzivní cvičení podle pokynů fyzioterapeuta (SOSNA, 2005, s. 81).

OSOBNÍ HYGIENU

Nejbezpečnější je vykonávat hygienu ve sprchovém koutu, který je opatřený madlem a protiskluzovou podložkou.

NÁVRAT DO ZAMĚSTNÁNÍ

Závisí na vykonávané práci. Při zátěži dolních končetin je nutné vyčkat s návratem do práce nejméně 6 měsíců od operace. V případě lehčí fyzické námahy jako jsou kancelářské práce, lze zahájit pracovní zařazení dříve. V tomto případě je nutná konzultace se svým lékařem – operátorem (SOSNA, 2005).

ŘÍZENÍ MOTOROVÉHO VOZIDLA

To je zakázáno po dobu dvou až tří měsíců po operaci.

SPORTY

Sportování může pacientka zařadit do svého programu nejdříve po 6 měsících od operace. Jedná se o lehké rekreační sporty jako je plavání, procházky, golf či lehká jízda na kole. Naopak sporty, které nejsou vhodné - běhy, lyžování či jízda na koni (SOSNA, 2005).

CVIKY V DOMÁCÍCH PODMÍNKÁCH

Domácí cvičení je velmi důležité pro dobrou a dlouhodobou funkci implantátu. Cvičení je vhodné provádět nejlépe 2-3x denně.

ZÁVĚR

Endoprotéza kolenního kloubu patří k nejžádanějším ortopedickým výkonům. Pro operaci je nezbytné zjistit případné kontraindikace, jako jsou ischemická choroba dolních končetin, pokročilá ateroskleróza tepen CNS či závažné pulmonální onemocnění. Pro úspěšnou rekonvalescenci je rovněž důležité předcházet komplikacím a dodržovat danou rehabilitaci. Cílem je co nejrychleji obnovit porušené funkce svalů, minimalizovat zdravotní potíže a navrátit pacienty co nejdříve do aktivního života.

Kazuistika byla zpracována pomocí NANDA Taxonomie II - 13 domén. Ze získaných podkladů zdravotnické dokumentace a informací od pacienta byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, které byly podrobně vypracovány. Cílem práce bylo seznámit čtenáře se základními i specifickými informacemi týkající se endoprotézy kolenního kloubu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANON, 2003. Rehabilitační problematika kolenních náhrad. In: *Lékařské listy* [online]. 23 [cit. 13. 1. 2015]. ISSN 0044-1996. Dostupnost: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/rehabilitacni-problematika-kolennich-nahrad-154666>
- BOROŇOVÁ, J. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Praha: Maurea. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DUNGL, P. 2003. *Ortopedie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4357-8.
- HALÁSOVÁ, M. a V. PANOŠOVÁ. 2010. Život po endoprotéze kyčelního kloubu. In: *Sestra* [online]. 10 [cit. 10. 1. 2015]. ISSN 1210-0404. Dostupnost: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zivot-po-endoproteze-kycelniho-kloubu-455023>
- HEATHER, T. 2013. *NANDA International – Ošetrovatelské diagnózy, definice&klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.
- HROMÁDKOVÁ, J. 1999. *Fyzioterapie*. Jinočany : H a H. ISBN 80-86022-45-5.
- JAHODA, D., A. SOSNA a O. NYČ. 2008. *Infekční komplikace kloubních náhrad*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-158-1.
- KOUTNÝ, Z. 2001. Rehabilitace po totálních endoprotézách. In: *Postgraduální medicína* [online]. 1 [cit. 11. 1. 2015]. ISSN 1212-4184. Dostupnost: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/rehabilitace-po-totalnich-endoprotezach-134310>
- KOLEKTIV AUTORŮ. 2006. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1720-4.
- KRUKEMEYERS, M. a G. MOLLENHOFF. 2014. *Endoprosthetics*. Německo: Walter de Gruyter&Co. ISBN 978-3110305104.
- Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče* [online]. Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové. [cit. 10. 1. 2015]. Dostupnost: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx>

NAŇKA, O., M. ELIŠKOVÁ a O. ELIŠKA a L. HOUDEK. 2009. *Přehled anatomie*. Praha : Galén : Karolinum. ISBN 978-80-7262-612-0.

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

NĚMCOVÁ, J. 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3.

ŠIRŮČKOVÁ, M. 2001. Typy totálních endoprotéz – terapie a rehabilitace. In: *Sestra* [online]. 2 [cit. 9. 1. 2015]. ISSN 1210-0404. Dostupnost: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/typy-totalnich-endoprotez-terapie-a-rehabilitace-449684>

TRČ, T. 2008. Komplikace náhrady kyčelního kloubu. In: *Postgraduální medicína* [online]. 8 [cit. 10. 1. 2015]. ISSN 1212-4184. Dostupnost: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/komplikace-nahrady-kycelniho-kloubu-388283>

TRNAVSKÝ, K. a V. RYBKA. 2006. *Syndrom bolestivého kolena*. Praha : Galén. ISBN 80-7262-391-5.

VAVŘÍK, P. 2005. *Endoprotéza kolenního kloubu*. Praha : Triton. ISBN 80-7254-549-3.

VELÉ, F. 1997. *Kineziologie pro klinickou praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-256-5.

VOKURKA, M. a J. HUGO. 2010. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Plán ošetrovatelké péče

Příloha B – Rentgenový snímek levého kolenního kloubu

Příloha C – Foto kolene pacientky – 1. měsíc po výkonu

Příloha D – Rešerše

Příloha E – Čestné prohlášení

PŘÍLOHA A

PLÁN OŠETŘOVATELKÉ PÉČE

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

I. ortopedická klinika UK LLF a FN Motol
V Úvalu 84, Praha 5



Dg: [redacted]
ORT1 Poj:111 PSČ [redacted]
05002251 6F6 Tel: 3933
FN Motol Č.hosp.: 59915

datum	Podpis	datum	Podpis	datum	Podpis	datum	Podpis	datum	Podpis
15.1. 15 10	[Signature]								

1. BOLEST									
cíl: Pacient bez bolesti <input type="checkbox"/> v klidu <input checked="" type="checkbox"/> při fyzické zátěži									
Sledujte intenzitu bolesti dle VAS, vývoj bolesti v čase, účinek invazivní a neinvazivní terapie	X								
Využijte alternativní/nefarmakologické prostředky (obklad, úlevová poloha, ticho aj.)	X								
Pátrejte po příčině vyvolávající bolest	X								
2. OMEZENÁ SEBEPÉČE v souvislosti s poruchou pohybového aparátu									
Cíl: Pacient má zajištěny základní potřeby denního života <input type="checkbox"/> stravování <input checked="" type="checkbox"/> oblékání <input type="checkbox"/> hygiena <input type="checkbox"/> vyprazdňování									
Přehodnoťte funkční úroveň sebezpečí dle Barthel. testu	45								
Zajistěte saturaci potřeb s deficitem sebezpečí									
Využijte funkčního potenciálu pacienta	X								
Vytvořte vhodné podmínky pro realizaci aktivit denního života (soukromí, prostor, čas)	X								
Pasivního pacienta motivujte edukujte pro zlepšení sebezpečí, zapojte rodinu									
3. PORUCHA REGULACE TĚLESNÉ TEPLOTY riziko: hypotermie/hypertermie									
cíl: Fyziologické hodnoty tělesné teploty									
Sledujte projevy poruchy termoregulace	X								
Zajistěte dostatek tekutin a aktivně tekutiny nabízejte	X								
Zajistěte výměnu osobního a ložního prádla	X								
Využijte metod/prostředků pro zahřátí či chlazení pacienta	X								
Kontrolujte teplotu podávaných infuzních roztoků, podávejte ohřáté na pokojovou teplotu	X								
4. POHYBLIVOST PORUŠENA									
cíl: Pacient pohyblivý s kompenzační pomůckou									
Klasifikujte hybnost. 0 - 4 (0 - nehybnost, 1 - pohyb na lůžku, 2 - sed na lůžku, 3 - chůze s doprovodem, 4 - samostatná chůze)	1								
Zajistěte kompenzační pomůcky (berle, chodítko, vozík, polohovací lůžko ortézu, protetickou náhradu)	X								
Edukujte pacienta o pohybovém režimu a užívání pomůcek	X								
Zajistěte rehabilitaci a spolupracujte s fyzioterapeuty	X								
Předcházejte svalovým kontrakturám a luxacím, udržujte klouby ve fyz. postavení polohováním	X								
Zajistěte pocit bezpečí a jistoty při změnách pohybu	X								
5. RIZIKO PÁDU A ÚRAZU z důvodu omezené hybnosti, anestezie/operačního výkonu, alterace neurolog./psychických funkcí									
cíl: Zamezení nebo minimalizování vzniku pádu, poranění									
Přehodnoťte riziko pádu	3								
Posuďte mentální a fyzické schopnosti pacienta spolupracovat									
Edukujte pacienta o stavu spojeném s rizikem poranění a používání zvonku při vstávání z lůžka									
Zajistěte bezpečné prostředí minimalizující pád (signalizaci a jiné pomůcky na dosah, aretace lůžka a stolu, zábrany...)									

ČP
05
002
251
FAKULTNÍ KLINICKÉ ÚSTAVY V MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
1. ortopedická klinika
Přednostai: prof. MUDr. Ivan LANDOR, CSc.
1. lůžková stanice
odborníci: 5F6
tel.: 224 457 539 IČO: 00064203
189/13

Dg: [redacted]
 ORT1 Poj:111 PSČ: [redacted]
 05002251 6F6 Tel: 3933
 FN Motol Č.hosp.: 59915

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

I. ortopedická klinika UK I.LF a FN Motol
 V Úvalu 84, Praha 5



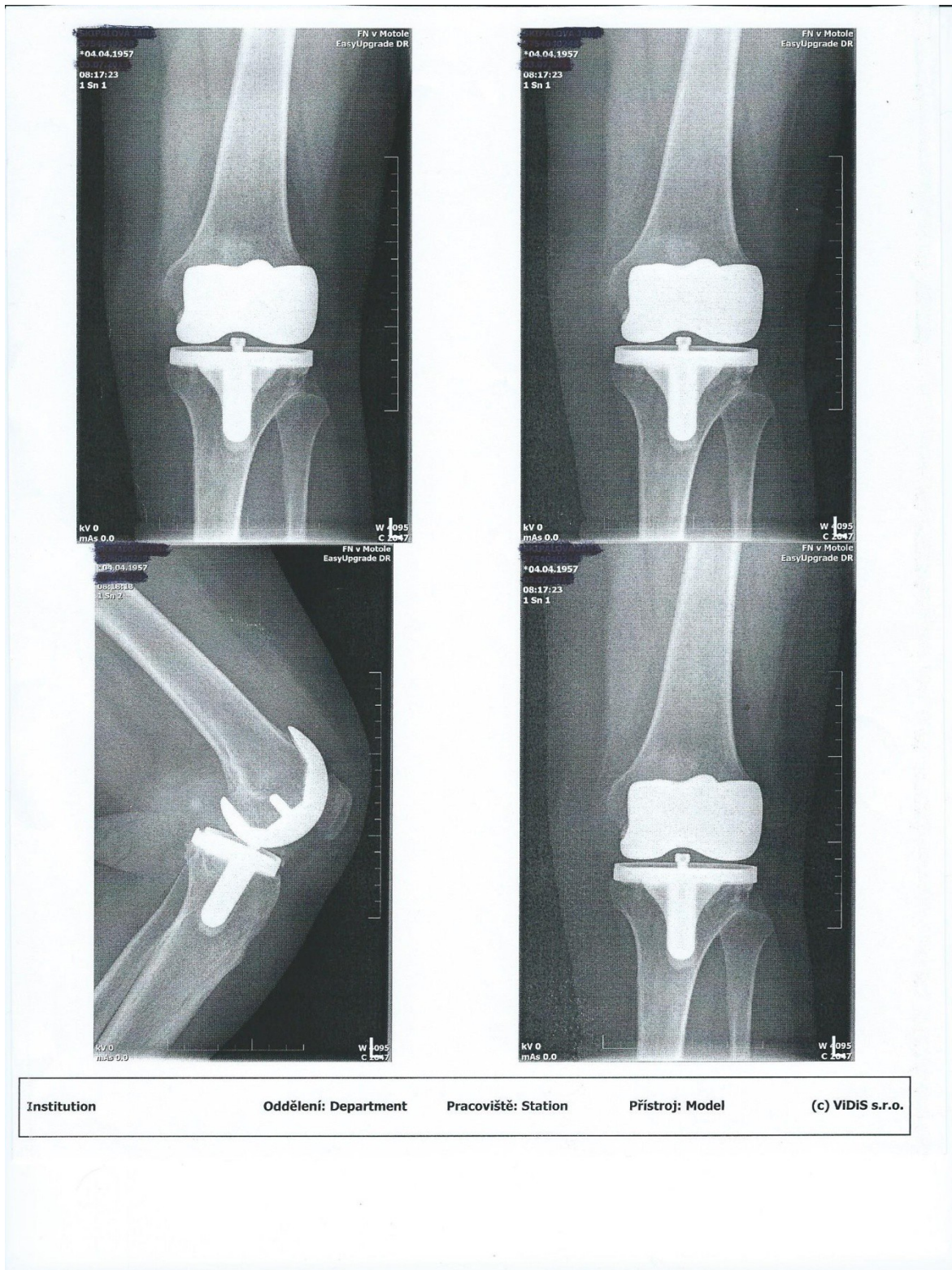
datum	Podpis	datum	Podpis	datum	Podpis	datum	Podpis	datum	Podpis	datum	Podpis

11. NAUZEJA, ZVRACENÍ/RIZIKO v souvislosti s CA, drážděním GIT (farmakologickým, nefarmakologickým) ... cíl: Pacient nemá nauzeu, zvládá projevy zvracení, nezvrací											
Zamezte rychlým změnám poloh, udržujte vhodnou polohu (zvýšenou, na boku)											
Podávejte tekutiny, stravu po malých dávkách											
Sledujte frekvenci, charakter, objem zvracení											
Dbejte na zvýšenou péči o dutinu ústní											
12. DÝCHÁNÍ NEDOSTATEČNÉ, OMEZENÍ PRŮCHODNOSTI DÝCHACÍCH CEST cíl: Pacient normálně a účinně dýchá, nevykazuje známky hypoxie											
Sledujte příznaky respirační tísně											
Uložte pacienta do zvýšené polohy											
Odsávejte HDC dle potřeby											
Sledujte charakter odsávaného sekretu											
Sledujte účinnost inhalace											
Kontrolujte zvlhčování/ohřívání vdechované směsi											
13. RIZIKO DYSBALANCE PRŮPLACHOVÉ LAVÁŽE cíl: Bilance průplachové laváže vyrovnaná											
Sledujte bilanci průplachové laváže											
Pečujte o přívodné a odvodné drény											
Sledujte operační ránu, obvazy											
14. STRACH, ÚZKOST, BEZNADEJ z důvodu neznalosti situace, neporozumění/nedostatku informací, z budoucnosti... cíl: Pacient rozumí situaci, nemá projevy úzkosti, strachu											
Dbejte na klidné prostředí, zaměřujte pacienta na příjemné prožitky											
Nabídněte/provádějte vhodné aktivity											
Poskytněte prostor pro dotazy, opakujte informace											
Vhodnou formou nabídněte podpůrné služby (např. spirituální)											
15. PORUCHA SPÁNKU z důvodu narušení biopsychosociální složky člověka cíl: Pacient spí klidně celou noc											
Pátrejte po příčině nespavosti (konzumace kofeinových nápojů, strach, beznaděj, úzkost, bolest, nykturie aj.)											
Zajistěte aktivní režim v průběhu dne, využijte spolupráce s dobrovolníky ve FN v Motole											
Zajistěte večerní hygienu, úpravu lůžka, vyvětrání pokoje											
Zajistěte noční klid											

ICP 05 002 251
 FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
 160 06 Praha 6 - Motol, V Úvalu 84
 1. ortopedická klinika
 Přednost: prof. MUDr. Ivan LANDOR, CSc.
 1. lůžková stanice
 odborníci: SPŠ
 tel.: 224 433 303 IČO: 00054203
 109 / 13

PŘÍLOHA B

RENTGENOVÝ SNÍMEK LEVÉHO KOLENNÍHO KLOUBU



Zdroj: Vnitřní materiál FNM

PŘÍLOHA C

FOTO KOLENE PACIENTKY – 1. MĚSÍC PO VÝKONU



Zdroj: Foto se souhlasem pacientky: Anna Skipalová, místo: Revmatologický ústav,
Praha

PŘÍLOHA D

REŠERŠE

Ošetrovatelský proces u pacienta po endoprotéze kolenního kloubu

Bibliografický soupis

Počet záznamů: 40 (vysokoškolské práce- 6, knihy-19, články a příspěvky ve sborníku- 12, elektronické zdroje- 3)
Časové rozmezí: 1995 - 2014
Jazykové vymezení: Čeština, angličtina
Druh literatury: Vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje
Datum: 27.10.2014

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- online katalog NCO NZO
- specializované databáze (EBSCO, PubMed)

Klíčová slova: kolenní kloub-the knee joint, alopastika kolenního kloubu-total knee arthroplasty, historie alopastik-history of arthroplasty, indikace a kontraindikace k výkonu-indications and contraindications for surgery, rehabilitace-rehabilitation, ošetrovatelská péče o pacienta po operaci-nursing care of the patient after surgery, ošetrovatelský model D. E. Orem-nursing model D. E. Orem

PŘÍLOHA E

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

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

V Praze.....

Jméno a příjmení studenta.....