

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO
TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MONIKA CHOVANCOVÁ, DiS.

Praha 2016

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO
TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU**

Bakalářská práce

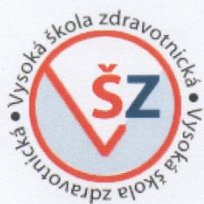
MONIKA CHOVANCOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PaedDr. Bianka Rolníková, PhD.

Praha 2016



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

Chovancová Monika
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

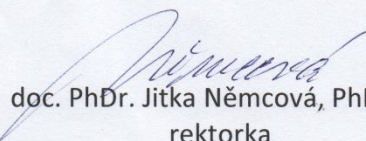
Ošetrovatelský proces u pacienta po totální endoprotéze kyčelního
kloubu

The Nursing Process in a Patient with Total Hip Joint Prosthesis

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Bianka Rolníková, PhD.

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

V Praze dne: 30. 10. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, veškeré prameny a informace, které jsem v práci využila, jsem uvedla v seznamu literatury. Tato práce byla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20. 1. 2016

podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce paní PaedDr. Biance Rolníkové, PhD. za odborné vedení, užitečné rady, věcné připomínky a projevenou ochotu a velkou trpělivost při vedení této bakalářské práce.

ABSTRAKT

CHOVANCOVÁ, Monika. *Ošetrovatelský proces u pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PaedDr. Bianka Rolníková, PhD, 60 stran.

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku týkající se léčebných procedur po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část seznamuje s problematikou totální endoprotézy kyčelního kloubu. Praktická část obsahuje ošetrovatelský proces. Ošetrovatelský proces se věnuje aplikaci teoretických poznatků v praxi u pacienta s danou problematikou.

Klíčová slova

Ošetrovatelský proces. Předoperační příprava. Rehabilitace. Totální endoprotéza kyčelního kloubu. Životní režim.

ABSTRACT

CHOVANCOVÁ, Monika. The nursing process in patients after complete endoprosthesis of the hip joint. College of Nursing, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc.). Leader of the thesis: PaedDr. Bianka Rolníková, PhD, 60 pages.

This bachelor thesis is dealing with the issue of medical treatments in patient after implantation of complete endoprosthesis of the hip joint. The thesis is divided into a practical part and a theoretical part.

The theoretical part is dealing with the issue of complete endoprosthesis of the hip joint. The practical part contains the nursing process. The nursing process is dealing with application of the theoretical knowledge in practice with a patient after complete endoprosthesis of the hip joint.

Key words

Nursing process. Pre-operation care. Rehabilitation. Total endoprosthesis of the hip joint. Lifestyle.

PŘEDMLUVA

Pracuji jako anesteziologická sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc. Je to práce, která mě velmi baví, jelikož stále získávám nové poznatky a zkušenosti. Také se účastním seminářů a kongresů. Ve své práci se často setkávám s pacienty, kteří podstupují operaci k výměně kyčelního kloubu. Toto téma mě velice zajímá, a proto jsem si, jako téma bakalářské práce zvolila ošetrovatelský proces u pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Cílem je zpracování kvalitního ošetrovatelského procesu, který zahrnuje ošetrovatelskou anamnézu, stanovení ošetrovatelských diagnóz, tudíž i jejich zpracování. Na závěr bude práce zaměřena na řešení těchto problémů a následně zhodnotím ošetrovatelskou péči.

Téma totální endoprotéza kyčelního kloubu, jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala proto, že jsem se s touto diagnózou a jejím řešením setkala ve své rodině, kde byla náhrada kyčelního kloubu implantována mému strýci v 37 letech, jenž po půl roce podlehl pooperačním komplikacím. Jelikož i já sama budu muset v nejbližší době tuto operaci podstoupit, intenzivně se o tuto problematiku zajímám.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ, ZNAČEK A ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	14
1 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU	15
1.1 HISTORIE TOTÁLNÍHO ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU.....	15
1.2 EPIDEMIOLOGIE.....	16
1.3 PŘÍČINY A RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU PRO VÝKON TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZY.	17
1.4 DRUHY TOTÁLNÍCH ENDOPROTÉZ.....	18
1.4.1 CEMENTOVÁ	18
1.4.2 NECEMENTOVÉ	19
1.4.3 HYBRIDNÍ.....	19
1.4.4 REVIZNÍ.....	19
1.5 MOŽNÉ ZMĚNY KYČELNÍHO KLOUBU – INDIKACE K TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE...	20
1.5.1 KOXARTRÓZA	20
1.5.2 REVMATOIDNÍ ARTRITIDA	21
1.5.3 POSTTRAUMATIKÉ STAVY.....	21
1.5.4 TRAUMATICKÁ ZLOMENINA KRČKU STEHENNÍ KOSTI.....	21
1.5.5 VÝVOJOVÁ DYSPLAZIE KYČELNÍHO KLOUBU	22
1.5.6 IDIOPATICKÁ AVASKULÁRNÍ NEKRÓZA HLAVICE FEMURU.....	22
1.6 PREVENCE TÝKAJÍCÍ SE TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU	23
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V PŘEDOPERAČNÍM OBDOBÍ.....	24
2.1 DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	24
2.1.1 INFORMOVANOST PACIENTA O VÝKONU.....	25
2.1.2 SESTERSKÉ POSOUZENÍ PACIENTA A FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ PACIENTA SESTROU	26
2.1.3 NÁCVIK REHABILITACE A ÚPRAVA DOMÁČÍHO PROSTŘEDÍ.....	27
2.1.4 PSYCHICKÁ PŘÍPRAVA PACIENTA.....	27
2.1.5 MEDIKAMENTÓZNÍ PŘÍPRAVA PACIENTA.....	28
2.2 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	28
2.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	28

3	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V POOPERAČNÍM OBDOBÍ.....	29
3.1	BEZPROSTŘEDNÍ POOPERAČNÍ PÉČE	29
3.2	VZDÁLENÁ POOPERAČNÍ PÉČE	30
4	ŽIVOTNÍ REŽIM U PACIENTŮ PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU	31
4.1	POHYBOVÝ A DENNÍ REŽIM.....	31
4.2	SOBĚSTAČNOST	31
4.2.1	OBLÉKÁNÍ.....	32
4.2.2	OSOBNÍ HYGIENA.....	32
4.2.3	SEXUÁLNÍ ŽIVOT.....	33
5	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU	34
5.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	53
6	ZÁVĚR	54
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
	PŘÍLOHY	58

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ, ZNAČEK A ZKRATEK

- atd.**.....a tak dále
- apod.**.....a podobně
- DK**.....dolní končetina
- FF**.....fyzikální funkce
- FN**.....fakultní nemocnice
- m.**.....sval
- např.**.....například
- ORL**.....otorhinolaryngologie
- P**.....puls
- TEP**.....totální kloubní endoprotéza
- TK**.....krevní tlak
- tzv.**.....tak zvaně
- VAS**.....vizuální analogová škála bolesti
- WC**.....toalteta
- WHO**.....světová zdravotnická organizace

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Acetabulum** – kloubní jamka kyčelního kloubu
- Aloplastika** – částečná či úplná rekonstrukce kloubu
- Abdukce** – odtažení, upažení
- Addukce** – přitažení, připažení
- Anestézie** – znecitlivění
- Artróza** – nezánettivé degenerativní onemocnění kloubu
- Autotransfuze** – vlastní krev pacienta
- Cirkulace** – koloběh
- Cirkumdukce** – kroužení
- Degenerativní** – chátrání
- Destrukce** – rozklad
- Diafýza** – střední část dlouhé kosti
- Dysplazie** – porucha vývoje
- Edukace** – výchova
- Endoprotéza** - umělá náhrada kloubu
- Extenze** - natažení, roztažení
- Femur** – kost stehenní
- Flexe** – ohnutí
- Fraktura** – zlomenina
- Hypoaktivita** – málo pohybu
- Indikace** – znak
- Integrita** – celistvost
- Komprehensivní** – ucelená
- Koxartroza** - degenerativní onemocnění kyčelního kloubu
- Luxace** – vykloubení
- Modifikace** – úprava
- Monitorace** - sledování
- Osteonekróza** – odúmrtí kostní tkáně
- Osteoporóza** - onemocnění kostní tkáně
- Osteosyntéza** – chirurgické spojení kostních úlomků
- Predispozice** – sklon

Premedikace – podání léků k útlumu

Revize – kontrola

Revmatoidní artritida - chronický zánět kloubu

Subluxace – neúplné vykloubení

ÚVOD

Totální endoprotéza kyčelního kloubu je jednou z nejrozšířenějších a neúčinnějších operačních metod v ortopedii. Používá se v případě, kdy je vlastní kloub poškozen úrazem, zánětem nebo degenerativním onemocněním. U totální endoprotézy jsou nahrazeny všechny kloubní části v celém rozsahu. Změny se objeví náhle či pozvolna, bez traumatické příčiny. Cílem týmu zdravotníků je tuto bolest odstranit, obnovit pohyblivost, pozitivně působit na pacientovu psychiku a dosáhnout co nejvyššího stupně resocializace.

Možnost náhrady poškozeného kyčelního kloubu totální endoprotézou znamená pro miliony lidí na celém světě často jedinou cestu zpět do normálního života bez bolesti a bez výrazného pohybového omezení (KŘÍŽ, 2009).

Otcem aloplastiky kyčelního kloubu je Angličan John Charnley. První endoprotéza klasické konstrukce byla v Československu implantována v roce 1969. Nyní existují stovky nejrůznějších typů kyčelních endoprotéz, ale nejčastěji se používají dva druhy endoprotéz kyčelního kloubu a to jsou cementované a bezcementové. Ročně je v naší republice implantováno okolo 10 000 kyčelních endoprotéz a tento počet se stále zvyšuje.

1 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU

V dnešní době je totální endoprotéza kyčelního kloubu osvědčenou a dlouhodobě vyzkoušenou metodou chirurgického léčení nemocí a úrazů kyčelního kloubu. Endoprotéza je umělá náhrada postiženého kloubu, skládající se ze dvou funkčních částí. Jedna, která nahrazuje kloubní jamku a druhá hlavici kosti stehenní. Dohromady tvoří kloub, který je spojen spolu pouze tlakem a tahem svalstva a okolních tkání (DUNGL, 2005).

Ročně je implantováno na celém světě kolem dvou miliónů totálních kloubních endoprotéz (TEP), přičemž se používá více než 300 rozlišných typů implantátů od desítek různých výrobců. V Evropě se za rok implantuje asi 450 000 kyčelních náhrad, z toho na Českou republiku z této sumy připadá více než 10 000 endoprotéz. Vzhledem k očekávanému stárnutí populace se tato čísla budou zvyšovat a problematika kyčelních náhrad se bude stávat stále aktuálnější (GALLO, 2011; JANÍČEK, 2012).

Kyčelní kloub přenáší váhu celého lidského těla, což působí jeho značné namáhání a opotřebenosti. Cílem totální endoprotézy je obnovení či zlepšení funkce dolní končetiny, zajištění stabilního kloubu a odstranění bolesti.

1.1 HISTORIE TOTÁLNÍHO ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU

První rekonstrukční operace v oblasti kyčle byla provedena v roce 1826. Tuto operaci provedl Rhea Barton. V roce 1840 byl snad nejstarší pokus o aloplastiku o níž se pokusil v New Yorku Carnochan, který nahradil temporomandibulární kloub upravenou dřevěnou destičkou. První kompletní aloplastika kyčelního kloubu byla navržena a provedena Gluckem v roce 1890. Gluck vytvořil umělou hlavici i jamku ze slonoviny a upevnil jí směsí z pezmy, kalafuny a sádry – první pokus o cementování.

V roce 1912 vložil Jones jako interpozitum do kyčle zlatou folii. Později Hoffa a Hubschner aplikovali do kyčle čepičky ze stříbra, zinku, magnézia a slonové kosti. Průlomem se stala Smith – Petersonova čepička na hlavici femuru z vitallia, chromkobaltové slitiny v roce 1938. Tyto vitalliové čepičky v modifikované podobě byly všeobecně používány v USA a Evropě. V roce 1938 implantoval Philip Willes první totální endoprotézu kyčelního kloubu. První implantaci cervikokapitální

endoprotézy provedli v roce 1942 Bohlmann a Moore. Bratři Judetové v roce 1948 vyvinuli náhradu hlavice femuru z osakrylu, dřík byl fixován v krčku femuru. V roce 1950 fixoval Thompson dřík v dřenovém kanále. Ve 40. letech se začal problematikou totální náhrady kyčelního kloubu zabývat McKee. Jeho model vycházel z Thompsonovy náhrady. Sir John Charnelym se zasloužil o přínos v totálních endoprotézách zavedením akrylického cementu pro fixaci obou komponentů. V roce 1958 požil kovového dříku s průměrem hlavice 22 mm a jamky z teflonu, která byla v roce 1962 nahrazena polyetylenem. Posléze přišel Muller s modifikovaným tvarem dříku v podobě banánu a zvětšeným průměrem na 32 mm. Podle Mullerova implantátu se začala v roce 1973 v Poldi Kladno vyrábět tuzemská endoprotéza označována jako Poldi – Čech. Vývojem necementovaných endoprotéz se zabýval ortoped Sivaš a to od roku 1956. O něco později přichází Salzer s celokeramickou endoprotézou a Mittelmeier s endoprotézou kombinovanou kovem a keramikou. Významnou osobou v rozvoji necementovaných endoprotéz je Zweymuller, který od roku 1979 začíná užívat necementované endoprotézy necementované endoprotézy fixované v diafýze femuru (KOUDELA, 2004).

1.2 EPIDEMIOLOGIE

S indikací k náhradě kyčelního kloubu se nejčastěji setkáváme u pacientů kolem 65 roku věku. Další indikací je sekundární artróza kyčelního kloubu, která je typická u žen ve věku 45 let. U revmatických chorob je indikace častá i v nižším věku pacienta. Asi 10 % pacientů je operováno pro zlomeninu krčku. Počet nemocných, kteří potřebují náhradu kyčelního kloubu stále poněkud roste. Počet revizních operací se v současné době pohybuje kolem 15 – 20 % počtu primoimplantací a lze předpokládat jejich další nárůst (GALLO, 2011; JANÍČEK, 2012).

1.3 PŘÍČINY A RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU PRO VÝKON TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZY

Porucha funkce kyčelního kloubu může začínat již v útlém dětství při nedostatečných, nesprávných a nevhodných pohybových podnětech. Další příčinou může být dlouhodobé setrvávání v určité poloze. Za normálních poměrů v kloubu jsou v kontaktu jen ty části kloubních plošek, které jsou kryty chrupavkou. Kloubní chrupavka je nejzatěžovanější tkáň v lidském těle. Je tvořena z 30 % pevnými vlákny vaziva (kolagenu) a ze 70 % tekutinou. Kloubní chrupavka vystýlá kloub, čímž tlumí mechanické nárazy.

Při chůzi, běhu, stání, zdvihání těžkých břemen je nosná plocha kloubu stále vystavena tlaku. Výsledná síla je za normálních okolností umístěna centricky uvnitř kloubní plochy. Napětí je rovnoměrně rozděleno nad nosnou plochou. Velikost plochy, na kterou tlaková síla působí, se mění s polohou kloubu, záleží na kloubním postavení.

Dojde-li k omezení pohybu v kloubu v důsledku přetížení nebo inaktivity, mění se tlak na kloubní plošky, kloub je tzv. nefyziologicky přetěžován. Dochází k úbytku kolagenu, snižuje se množství vázané vody a pružnost chrupavky je horší. To má za následky degenerativní změny na chrupavce, ale i na kostech (SOSNA, ČECH, KRBEC, 2005).

Mezi indikace pro implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu patří také destrukce kloubu v důsledku revmatických onemocnění. U revmatoidní artritidy je zpravidla nutné nahradit časem všechny nosné klouby. Pacienti s touto diagnózou jsou obvykle operováni v mladším věku, ale kvalita jejich kostí je výrazně nižší. Artropatie mohou vyústit taktéž v poruchu kloubu a vést k implantaci. Mezi nejčastější typy artropatií patří neuroartropatie, diabetická, hemofilická, krystalová a psoriatická (SOSNA, 2001).

Další příčiny poškození kyčelního kloubu mohou být zlomeniny krčku femuru. Tyto fraktury se zpravidla okamžitě řeší totální náhradou u lidí starších 70. let. K indikacím řadíme také stavy po patologických zlomeninách s prognózou přežití pacienta delší než 6 měsíců. Nádorová onemocnění horního konce stehenní kosti mohou být taktéž důvodem k implantaci endoprotézy (DUNGL, 2005; JANÍČEK, 2012).

Kyčelní kloub funkčně i mechanicky propojuje trup s dolní končetinou. Při jeho vyšetření se proto musíme zaměřit také na části páteře a dolních končetin. Vyšetřujeme chůzi, stoj a stabilitu kyčelního kloubu. Výraznou roli zde hraje koordinace svalů okolo kyčelního kloubu. Oslabení svalu zde může být velmi dobře kompenzováno aktivitou jiných svalových skupin, tudíž na funkci nemusíme pozorovat výraznější změny. Opakované stimuly, které vyvolávají bolest z poškozeného kyčelního kloubu (např. artrózy) vyprovokují takové postavení kyčle, aby byla bolest co nejmenší. Nevýhodné postavení kyčle vede k oslabení až k úbytku hýžďového svalstva a jeho funkci převezme tzv. kvadrátový mechanismus. Jeho přetížení se projeví bolestí v bedrech či kříži, což může být prvním příznakem změn v kyčelním kloubu. Mimo bolesti v kříži či v bedrech je typická bolest zasahující do třísla s vystřelováním až ke kolenu. Při popisování bolesti z postiženého kloubu se rozcházejí i zkušenosti autoři. Pacient zpravidla kulhá a výrazně zkracuje stojnou fázi na bolestivé dolní končetině a zároveň i švihovou fázi zdravé končetiny. Důležité je také odlišit přenesenou bolest z jiné oblasti. Nervové zásobení kyčelního kloubu a okolních svalů je zajišťováno z lumbosakrální pleteně. Do oblasti kyčelního kloubu se propagují nejčastěji bolesti z lumbální oblasti, zvláště při podráždění kořene L4 (ČIHÁK, 2001; DUNGL; 2005; MIKULA, 2002; VÉLE, 2006).

1.4 DRUHY TOTÁLNÍCH ENDOPROTÉZ

V dnešní době je používáno kolem 300 druhů kloubních náhrad. Typ náhrady i možnost její fixace určí operatér. Ten má za úkol zvážit řadu faktorů jako je např. zhodnotit kvalitu kosti, anatomickou situaci, věk, atd. (JANÍČEK, 2012).

1.4.1 CEMENTOVÁ

Cementová náhrada je používaná od 60. let minulého století. Kloubní hlavice je vyráběna v různých velikostech a materiálech. Jedná se o biologicky nedráždivý kov (titan, slitiny kobaltu a chrom), který se kombinuje s keramickými materiály či (vysokomolekulární polymer). Acetabulum (kloubní jamka kyčelního kloubu) je speciálně upraveno pomocí polyetylenové vložky - umělé hmoty. Vložka je do původní kloubní jamky upevněna pomocí cementu - polymetylakrylátu. Hlavice je

do acetabula ukotvena pomocí dříku, který je vyroben z ušlechtilé slitiny a zacementována v horní části kosti stehenní.

Nevýhody jsou nevhodné pro mladší aktivní pacienty, poněvadž po 10 - 15 letech dochází k uvolňování jamky. Výhodou je nejdéle používaný, osvědčený způsob (SOSNA, 2001).

1.4.2 NECEMENTOVÉ

Modernější metoda zavedena do praxe v 80. letech minulého století. Kloubní hlavice (implantát) je do acetabula fixována bez použití cementu. Kost prorůstá do povrchu implantátu. K tomuto záměru musí být kost pečlivě připravena, protože je nezbytný přesný kontakt implantátu s kostí. K nevýhodám patří nutné, pečlivé opracování kosti a přesný kontakt kosti s implantátem.

Výhodou je dlouhodobá životnost, vhodné pro mladé a aktivní pacienty (JANÍČEK, 2012).

1.4.3 HYBRIDNÍ

O hybridní náhradě mluvíme tehdy, když jedna komponenta je připevněna bez cementu, obvykle jamka, a jedna komponenta je připevněna cementem, obvykle dřík. Tento typ nachází uplatnění stále častěji (SOSNA, 2001).

1.4.4 REVIZNÍ

Jedná se o **povrchovou náhradu** kyčle, kdy dochází k náhradě poškozené třecí plochy. Kloubní hlavice je obroušena a je na ni nanesen mimořádně odolný kov. Tento kov také vystýlá acetabulum, které je vyfrézováno dle standartních postupů. Nevýhodou revizní náhrady je, že stehenní kost musí být zachovalá, podmínkou je taky aktivní věk pacienta. K výhodám patří rychlé zotavení, nenáročnost, plná pohyblivost, nízká bolestivost (JANÍČEK, 2001).

1.5 MOŽNÉ ZMĚNY KYČELNÍHO KLOUBU – INDIKACE K TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE

Podle stupně postižení kloubu je pacient odeslán k vyšetření na ambulanci ortopedické kliniky. Po zhodnocení pacientova zdravotního stavu, je zařazen na čekací list implantačního programu. Délka čekací doby je různá. Záleží na zdravotním stavu pacienta. Mohou být i stanoveny podmínky, které do doby operace musí být splněny např.: ošetření a léčení jiných chorobných stavů, redukce hmotnosti.

Nejčastější důvody k provedení náhrady kyčelního kloubu endoprotézou jsou:

- Degenerativní onemocnění kyčelního kloubu – koxartróza
- Poškození kloubu v důsledku revmatického onemocnění
- Stavby po úrazech kyčelního kloubu
- Stavby po nádorovém onemocnění stehenní kosti
- Poškození hlavice stehenní kosti při jiném onemocnění
- Vývojová dysplazie kyčelního kloubu
- Idiopatická avaskulární nekróza hlavice femuru

Hlavním důvodem pro rozhodnutí k operaci je bolest provázející základní onemocnění a výrazná porucha funkce kloubu, která omezuje celkovou hybnost (GALLO, 2011).

1.5.1 KOXARTRÓZA

Koxartróza je degenerativní onemocnění, které postihuje integritu chrupavky. Porucha integrity chrupavky a její následný úbytek je dán vzájemným působením mechanických, biologických, biochemických a enzymových činitelů. Kromě degenerativní přestavby chrupavky pozorujeme změny také na okolních tkáních.

Prvotní obtíže artrotického postižení kyčelního kloubu neboli koxartróza se nemusí promítat do postižené kyčle, ale mohou se vyznačovat bolestmi v kříži. Později dochází ke zhoršování hybnosti a mění se postavení kyčle. Subjektivně postižený může bolesti zpočátku vnímat až po delším zatížení např. chůzí, v klidu pak bolesti mizí. Později se objevuje tzv. startovací bolest vznikající po několika metrech chůze nebo po zatížení kloubu. Bolest je vnímána na přední ploše stehna, na vnitřní straně kolena až na přední ploše bérce. Je možná i bolest kolena (VAVŘÍK, 2005).

1.5.2 REVMATOIDNÍ ARTRITIDA

Jedná se o chronické destruktivní onemocnění vznikající převážně na podkladě autoimunitního zánětlivého procesu, z části díky genetické predispozici. Jde o onemocnění symetricky polyartikulární, s mimokloubními příznaky.

Dlouhodobé výsledky po implantacích endoprotéz jsou velmi dobré, přestože kvalita kosti u těchto pacientů bývá snížena dlouhodobou hypoaktivitou a terapií kortikoidy. Pokud je indikována oboustranná náhrada, preferuje se postupná implantace v minimálně tříměsíčních odstupech (DUNGL, 2005).

1.5.3 POSTTRAUMATIKÉ STAVY

V důsledku vážných dopravních nehod a popularity adrenalinových sportů přibývá traumatických zlomenin. Mladším lidem bývá poškozený kyčelní kloub nahrazen necementovanou endoprotézou s předpokládanou revizní operací v budoucnu (JANÍČEK, 2012).

1.5.4 TRAUMATICKÁ ZLOMENINA KRČKU STEHENNÍ KOSTI

K těmto zlomeninám dochází přímým mechanismem a to zejména u starších lidí, při pádech. Jejich kosti podléhají často osteoporotickým změnám (DUNGL, 2005).

Zlomeniny krčku femuru ohrožují vivalitu hlavice. Starší pacienti jsou indikováni k aloplastice kyčelního kloubu, převážně k cervikokapitální endoprotéze, protože v případě osteosyntézy by mohly nastat komplikace (JANÍČEK, 2012).

1.5.5 VÝVOJOVÁ DYSPLAZIE KYČELNÍHO KLOUBU

Je jednou z nejčastějších vrozených ortopedických vad u nás. U této vady vzniká na základě mělkého dysplastického acetabula, již v poměrně mladém věku, sekundární koxartroza.

Stupně dysplazie lze rozdělit do 3 skupin:

- *preluxace* - hlavička je lokalizovaná v jamce, dochází k opožděnému vývoji stříšky acetabula, jádra femuru nebo obojího
- *subluxace* - hlavička opouští plochu acetabula, kloubní plochy jsou ještě v kontaktu
- *luxace* - hlavička je uložena kraniálně, není kontakt mezi kloubními plochami

U nás se k dětem ihned po narození přistupuje preventivně k dysplazii kyčle. Každé dítě je vyšetřeno a v případě potřeby ihned léčeno (abdukční balení plenami na široko, Frejkova peřinka, repozice kyčle Pavlíkovými třmeny, operace) (SOSNA, 2001).

1.5.6 IDIOPATICKÁ AVASKULÁRNÍ NEKRÓZA HLAVICE FEMURU

Osteonekróza je patologický proces, který je charakterizovaný poruchou nitrokostní cirkulace. K odumírání buněk kostní dřevě a osteocytů v hlavici femuru dochází působením různých vlivů. Kostní dřevě reaguje na ischemii edémem. Tím se zvyšuje nitrokostní tlak s periférním odporem a perfuze dále klesá. Nekrotická tkáň postupně ztrácí pevnost a hrouť se, což vede k vývoji degenerativní artrózy. Etiologie však není příliš jasná. Postihuje převážně muže a totální endoprotéze kyčelního kloubu z této indikace často selhává (DUNGL, 2005).

1.6 PREVENCE TÝKAJÍCÍ SE TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU

Funkční poruchu kyčelního kloubu je nutno včas zpozorovat, zlikvidovat a ochránit tak kloub před změnami, které již pak nelze zcela odstranit. Náprava funkce kloubu je možná. Tou nejpřirozenější cestou je cíleně zaměřený pohybový program, do něhož jsou začleněna různá vyrovnávací cvičení. Tato cvičení jsou zaměřena hlavně na uvolňování a protahování zkrácených svalů, aktivaci ochablých svalů a nácvik ekonomických pohybů pro běžné denní činnosti.

Aby vyrovnávací cíleně zaměřené cvičení bylo efektivní, je nutné dodržovat tyto podmínky:

- Cvičit každý den po dobu 15 minut
- Dbát na to, aby každý pohybový úkon byl přesný s vnitřním procítěním pohybu
- Postupovat cílevědomě od jednoduchých cvičebních úkonů po složitější – účinnější
- Nerozptylovat se při cvičení, vnímat všechny pohyby, které přicházejí z vlastního těla
- Věnovat pozornost zaujetí základní výchozí polohy, ve které pohyb probíhá. Ta určuje, zda se příslušné svaly v určitém pořádku zapojí do pohybu, aby se vytvořil správný pohybový návyk
- Všechny pohyby mít pod vlastní kontrolou, cvičením neprovokovat bolest
- Na začátek zařadit cviky na uvolnění a protažení, potom postupně přidávat posilovací cvičení
- Při vlastním cvičení je nutné dbát na samotné držení těla:
- Nezaklánět hlavu, brada má svírat s hrudní kostí pravý úhel
- Rozložit ramena a spolu s lopatkami je stáhnout směrem k hýždím
- Udržet fyziologické zakřivení páteře
- Nezatajovat dech, více pozornosti věnovat výdechu, který vede k uvolnění (KOLÁŘ, 2009).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V PŘEDOPERAČNÍM OBDOBÍ

„Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit zdravotní stav pacienta, reálné a potenciální problémy péče o zdraví, stanovit plány pro splnění stanovených cílů, poskytnout specifické ošetřovatelské intervence a zhodnotit jejich účinnost.

Dále je cyklický, což znamená, že jeho složky následují za sebou v logickém pořadí. Jeho pět kroků nejsou samostatné jednotky, ale překrývají se. Každý jeho krok je potřeba neustále přizpůsobovat změněné situaci.

Všechny kroky se navzájem ovlivňují a úzce spolu souvisí. Individualizuje přístup ke každému pacientovi a zabezpečuje tak individuální ošetřovatelský plán. Je interpersonální, umožňuje tvořivý přístup sestry i pacienta. Zdůrazňuje zpětnou vazbu, která vede k opakovanému posouzení anebo revizi plánu ošetřovatelských intervencí.“ (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011, s. 34-35).

Cílem předoperační přípravy je navodit optimální stav připravenosti na chirurgický zákrok. Vedle fyzické stránky nelze opomenout i stránku psychickou, která je narušena probíhajícím onemocněním.

2.1 DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Každý pacient je v péči příslušného lékaře. Z počátku je užívána léčba konzervativní, která je zaměřena na úpravu životosprávy, redukce hmotnosti, omezení zatížení, užívání kompenzačních pomůcek. Dále se zaměřuje na rehabilitaci, elektroléčbu a lázeňskou léčbu. Užívání léků je také důležitou součástí, jejichž smyslem je zmírnit bolest, ovlivnit průvodní jevy jako je otok, zánětlivé projevy.

Kromě rehabilitačního cvičení, musíme zapojit vlastní aktivní přípravu na pooperační období. Sem patří zejména zajištění dostatečného domácího prostředí, protože prvních šest týdnů po operaci je operovaný pacient odkázán na pomoc druhých. Nezbytné jsou doplňky bytu např.: nástavec na WC, lůžko a křeslo vhodné výšky, protiskluzové podložky, mycí houby na dlouhém držadle, obouvací lžíce, atd.

Vždy je třeba se řídit pokyny lékaře a absolvovat celkové předoperační lékařské vyšetření. K předoperačnímu postupu patří dotazník, který je pacientovi zaslán 6 – 8 týdnů před plánovanou operací, jehož jednotlivé části musí vyplnit obvodní lékař. Důležité je vyšetření stomatologické, ORL, vyšetření moče. V případě pozitivního nálezu je nutno tento stav vyléčit. Vyšetření jsou pro pacienta velmi důležitá ke snížení možných pooperačních komplikací.

Uzná-li lékař že možná autotransfuze, která může být potřebná při vlastním operačním výkonu nebo těsně po něm, pak je třeba se dostavit také na odběry krve (SOSNA, ČECH, KRBEC, 2005).

2.1.1 INFORMOVANOST PACIENTA O VÝKONU

V poslední době se velmi osvědčil konkrétní kontakt s pacientem v předoperačním období. Jako hlavní účel má toto setkání k podáním praktických informací o přípravě a průběhu operace. Pacient je seznámen s předoperačním postupem. Je konkrétně informován o podmínkách přijetí a průběhu hospitalizace na ortopedické klinice. Dozví se, jaké jsou možnosti časně pooperační rehabilitace, rehabilitace v lůžkovém i lázeňském zařízení. Bude znát preventivní opatření k zabránění nebo podstatnému snížení pooperačních komplikací. Výhodou je, že v průběhu setkání mají pacienti možnost ve formě diskuse si objasnit otázky, které je zajímají a jsou pro ně důležité.

Samostatné vyšetření při přijetí na kliniku zahrnuje:

- Vyšetření na ambulanci
- Přijetí sestrou na oddělení
- Vyšetření lékařem a sepsání chorobopisu
- Vyšetření operujícím lékařem, které zahrnuje označení operované strany
- Vyšetření anesteziologem (GALLO, 2011)

2.1.2 SESTERSKÉ POSOUZENÍ PACIENTA A FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ PACIENTA SESTROU

Nemocný přichází nebo je přivezen na příjmové oddělení nemocnice, odkud je poslán na příslušné oddělení. Po přijetí na oddělení se ujme pacienta zdravotní sestra, která ho přivítá, představí se a informuje o všem potřebném. Seznámí ho s chodem oddělení. Než je nemocný uložen, připraví mu sestra lůžko a podle jeho stavu a potřeb je doplní pomůckami: nepromokavou podložkou, molitanovou podložkou, hrazdou, apod. Při příchodu na pokoj jej představí ostatním nemocným. Uloží jej, splní předepsané ordinace a postará se o zajištění stravy – vyplní žádanku o dodatečném hlášení změn v počtu diet. Zajistí uložení cenných věcí, sepíše dvojmo šatní lístek. Dále nemocnému vypíše ošetrovatelskou dokumentaci. Ve které je kromě osobních údajů uveden kód pojišťovny, číslo pojištěnce a počáteční diagnóza. Do chorobopisu, který je vypsán lékařem, je vložen list dekurs. Dekurs je záznam o denním stavu nemocného. Zjistí, jaké předepsané léky pacient užívá. K fyzikálnímu vyšetření pacienta sestrou patří změření krevního tlaku, teploty, podle potřeby provede vyšetření srdce elektrokardiografem. Je-li to třeba, provede i další vyšetření. Zapiše výšku, váhu pacienta. Zeptá se, zda má nějaké alergie, jaký je stav chrupu.

I když bývají nemocní velmi zaujati svou nemocí, bolestmi, starostmi, obavami a zdánlivě nevnímají okolí, přesto se první dojem setkání se zdravotnickým zařízením zapíše do jejich podvědomí. Obavy nemocného a chvíle nepříjemného čekání může a má zmírnit zdravotní sestra z daného oddělení. Nemocný by měl nabýt přesvědčení, že se o něm ví. Jak přijímací lékař, tak zdravotní sestra mají přistupovat k pacientovi s laskavostí a pochopením. Již od prvního okamžiku má být nemocný přesvědčen, že je středem jejich zájmu, že není jen nějakým případem. Sestra musí dbát na to, aby v průběhu nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud (SOSNA, POKORNÝ, JAHODA, 2003).

2.1.3 NÁCVIK REHABILITACE A ÚPRAVA DOMÁCIHO PROSTŘEDÍ

Pacienta informujeme o celém průběhu operace, pooperační rehabilitaci a režimu s endoprotézou. Představíme mu cvičební jednotku po TEP kyčelního kloubu včetně cévní a dechové gymnastiky.

Před operací by měl pacient nacvičit správné posazování, přetáčení na bok a břicho s polštářem mezi kolena. Za nejdůležitější se považuje nácvik stoje a chůze o podpažních či francouzských berlích s odlehčením nemocné končetiny, včetně chůze po schodech. Během tohoto období bychom měli také nastavit správnou výšku berlí a doporučit vhodnou obuv do nemocnice (nejlépe pohodlná s pevnou patou a plnou špičkou, upozornit na možnost pooperačního otoku). Sestra by měla zdůraznit důležitosti cvičení a zásad, vede k motivaci a větší poslušnosti pacienta (HROMÁDKOVÁ 1999; SOSNA, POKORNÝ, JAHODA 2003).

Co se týče úpravy domácího prostředí, informujeme pacienta o tom, že by bylo správné provést několik domácích intervencí. Mezi ně spadá instalace madel na boční stěny na WC a do koupelny, zvýšení nábytku (židle, postel...), zakoupení odpovídajících protiskluzových podložek a nástavce na WC. Nejčastěji užívané denní potřeby je třeba uložit do optimální výšky a odstranit veškeré koberečky a kabely (SOSNA, POKORNÝ, JAHODA 2003). Pro podávání předmětů z podlahy pacient může využít speciální podavače. Při praní prádla jsou vhodnější pračky s horním plněním. Pokud pacient vlastní pračku s dolním plněním, je vhodná asistence druhé osoby nebo zvýšená obezřetnost na předklony. Při vytírání podlahy je vhodné použít mop, pro úklid smeták a lopatku na dlouhé tyči (HROMÁDKOVÁ, 1999).

2.1.4 PSYCHICKÁ PŘÍPRAVA PACIENTA

Psychická stránka je narušena probíhajícím onemocněním, proto na ni nesmíme zapomenout. Těžký začátek pomůžeme překonat tím, že nemocnému včas podáme dostatek potřebných informací. Informace by měly být podány srozumitelně, včas a trpělivě. Kromě podání informací má být nemocný seznámen se svými právy. Práva pacientů vymezuje etický kodex práv pacientů vyhlášený Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky (HROMÁDKOVÁ, 1999).

2.1.5 MEDIKAMENTÓZNÍ PŘÍPRAVA PACIENTA

Medikamentózní příprava je podstatnou součástí přípravy pacienta k výkonu. Co má pacient užít za léky, určí lékař. Sesterskou povinností je ordinaci plnit a zapsat do dekursu, kdy daný lék podala.

2.2 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Krátkodobá předoperační příprava je období 24 hodin před operačním výkonem. Zahrnuje fyzickou a psychickou přípravu pacienta na samotný výkon. Pacient přísně dodržuje pokyny pro lačnění (6–8 hodin před výkonem). Pokud není kontraindikace (imobilizovaný pacient), měla by být provedena celková hygiena, příprava operačního pole – oholení.

2.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Omezuje se na časový úsek cca 2 hod před operací. *Bezprostřední předoperační příprava* zahrnuje:

- Kontrola dokumentace, vyplnění potřebných záznamů, ordinací.
- Příprava operačního pole, přiložení bandáže na zdravé končetině.
- Kontrola chrupu, spontánního vyprázdnění.
- Premedikace, kdy účelem je farmakologicky ovlivnit průběh anestézie, minimalizovat strach a úzkost pacienta.

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V POOPERAČNÍM OBDOBÍ

Komplikace se odvíjejí od lokality, rozsahu a charakteru výkonu. Spadá mezi ně poškození nervů, velkých cév a fraktury kostí. Při chybné implantaci některé z komponentů implantátu může dojít k časně luxaci nebo zvýšenému otěru implantátu. Ke specifické ošetřovatelské péči v pooperačním období řadíme léčbu bolesti a kontrolu operační rány (TALIÁNOVÁ, HOLUBOVÁ, PILNÝ, 2009).

3.1 BEZPROSTŘEDNÍ POOPERAČNÍ PÉČE

Z pohledu sestry patří k bezprostřední pooperační péči kontrola operační rány, tišení bolesti a zamezení vzniku komplikací. V časném pooperačním období je důležité polohování v antiluxační poloze. Polohování zahájíme nultý operační den. Z pooperačních komplikací dominují infekty náhrady. Proto se veškerá operativa uskutečňuje pod antibiotickou léčbou. Důležité je dodržovat veškeré zásady antiseptiky. Zvýšené riziko komplikací je u obézních pacientů. Důležité je předcházet tromboembolické nemoci. Ta se může výjimečně vyvinout až do plicní embolie a smrti pacienta. Proto pacienti musí dodržovat předepsanou farmakoterapii, bandážovat dolní končetiny, mít dostatečný příjem tekutin a řízený pohybový režim s časnou rehabilitací. Dalšími komplikacemi jsou luxace endoprotézy, kterým lze předcházet dodržováním pooperačních zásad.

Pooperační režim a rehabilitace závisí na typu pracoviště, charakteru výkonu, druhu užití endoprotézy, doporučení operátora a na individuálních specifikách konkrétního pacienta (JANÍČEK 2012).

Doba hospitalizace po implantaci TEP kyčelního kloubu bez komplikací trvá v ČR zpravidla 7 – 12 dní (GALLO, 2011; TALIÁNOVÁ, HOLUBOVÁ, PILNÝ, 2009).

3.2 VZDÁLENÁ POOPERAČNÍ PÉČE

Základem vzdálené pooperační péče je komplexní pooperační péče. WHO (1969) definuje rehabilitaci jako „kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovuzískání co možno nejvyššího stupně funkční schopnosti“. Dnes zdůrazňujeme rehabilitaci komprehensivní, tj. ucelenou, kde veškeré složky fungují jako jeden celek (KOLÁŘ, 2009; VOTAVA, 2009).

Po implantaci TEP kyčelního kloubu důrazně instruuje pacienta, že nesmí provádět jisté pohyby. Fyzioterapeutem je pacient veden k provádění dechových cvičení a cévní gymnastiky. Zařazeno je lehké aktivní cvičení HKK a zdravé DK. Operovanou končetinou cvičíme aktivně prsty, pohyby v hleznu a ostatních svalů dolních končetin.

Nácvik sedu a chůze bývá zahájena mezi 1. – 3. pooperačním dnem o dvou berlích za asistence zdravotnického personálu. Její nácvik je vždy závislý na ordinaci operátora. Než začneme s nácvikem, ujistíme se, že má pacient zabandážované DKK, vhodnou obuv pro bezpečnou chůzi (SOSNA, POKORNÝ, JAHODA, 2003).

Posazování u pacientů po TEP kyčelního kloubu provádíme vždy na stranu zdravé končetiny. Při správném sedu s nohama z postele je koleno níže než kyčel a flexe v kyčli nesmí přesáhnout 90°. Nácvik vertikalizace pacienta do vyšších poloh probíhá postupně. Důležitý je nácvik chůze, který zpočátku probíhá pod dohledem školeného personálu. Pacient zpravidla užívá podpažní nebo francouzské berle. Nejčastěji pacienti chodí trojdobou chůzí s pouhým přikládáním operované končetiny. Sled trojdobé chůze vypadá následovně: 1. berle, 2. operovaná DK, 3. zdravá DK (DUNGL 2005; KOLÁŘ 2009; SOSNA, POKORNÝ, JAHODA 2003; TALIÁNOVÁ, HOLUBOVÁ, PILNÝ 2009).

4 ŽIVOTNÍ REŽIM U PACIENTŮ PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU

Životní režim a způsob života musí pacient vždy přizpůsobit svému aktuálnímu stavu po endoprotéze kyčelního kloubu. Tento režim je zcela individuální a závisí od věku a životních hodnot každého pacienta.

Co se týče životního režimu, můžeme pacientovi doporučit lázeňskou léčbu, která je nejvýhodnější mezi 3. – 6. měsícem po operaci. Dalším vhodným doplňkem rehabilitace je fyzikální terapie, která přispívá ke zmírnění otoku dolních končetin, snížení bolesti a ovlivnění léčby pooperační jizvy. Jako podpora hojení pooperační jizvy slouží také laserová terapie. Dále můžeme doporučit lymfodrenáže, ty slouží k redukci otoků končetin. Termoterapie, mechanoterapie slouží ke snížení bolesti. Patří sem vířivé koupele. Pro zvětšení rozsahu pohybu je dobré využívat motodlahu. K výchově soběstačnosti je nejúčinnější ergoterapie, což je léčba prací (VOGEL, 2011).

4.1 POHYBOVÝ A DENNÍ REŽIM

Od šestého měsíce po výkonu zařazujeme sportovní aktivity. Mimo přínosu pro psychickou a fyzickou stránku pacienta mají roli socializační. Ze sportů doporučujeme rekreační plavání, jízdu na kole či rotopedu (se zvýšeným sedátkem), turistiku (mimo extrémní terény). Ze zimních sportů jsou vhodné běžky (DUNGL, 2005). Nedoporučují se kontaktní sporty (fotbal, hokej) a sporty s vysokou zátěží, jako jsou běhy, doskoky a sjezdového lyžování v těžkém terénu. Dále není doporučena jízda na koni a všechny činnosti se zvýšeným rizikem pádu. Nepřiměřeně velká zátěž kloubu může nepříznivě ovlivnit životnost endoprotézy (HALÁSKOVÁ, 2010).

4.2 SOBĚSTAČNOST

Ergoterapie se zabývá nácvikem běžných denních činností u pacienta po TEP kyčelního kloubu. Terapie se zabývá velkým rozsahem aktivit, sociálním rolím jednotlivce a pacientovu prostředí, do kterého se bude vracet. Musíme přihlídnout také k aktuálnímu psychickému ladění, osobnímu přístupu a motivaci pacienta. Za hlavní cíle považujeme dosažení maximální pacientovi samostatnosti a soběstačnosti. Důraz je kladen na zvládnutí chůze s opěrnými pomůckami, nácvik správných přesunů a sedu,

naučit pacienta správné oblékání, hygienu zvláště dolní poloviny těla (HALÁSKOVÁ, 2010).

Chůze u pacienta po TEP je zpočátku o dvou francouzských berlích. Pacient má pravidelně kontrolovat stav svých berlí (přítomnost protiskluzových nástavců, utažení šroubků,...). Domácí prostředí je nutno přizpůsobit tak, abychom minimalizovali riziko pádu. Z podlahy odstraníme koberečky, různé předložky, kabely a další věci, které by mohli překážet a způsobit tak pád pacienta. Pokud je venku námraza či mokro dbá pacient zvýšené opatrnosti. Jako spolujezdec v autě se musí zvýšit pozice sedadla nebo umístit na sedadlo polštář či složená deka. Pacient nastupuje s nataženou operovanou DK, nejprve si sedne a poté se otočí dopředu. Vhodnější je však zprvu sedět napříč na zadních sedadlech s nataženou DK. Řídit automobil je doporučováno nejdříve 3 měsíce od operace (HRUBÁ, SIVEROVÁ 2012).

4.2.1 OBLÉKÁNÍ

Po operaci by měli pacienti nosit pohodlné, volnější oblečení. Vyhnout se volným páskům, tkaničkám či příliš dlouhým nohavicím, aby o ně nezakopli. V oblékání spodního prádla i kalhot složí různé pomůcky, např. navlékače kalhot, švédský podavač, atd. Vytažení kalhot do pasu probíhá v sedu při přenášení váhy z jedné hýždě na druhou. Oblékání punčoch a ponožek je doporučováno za pomoci ručníku, utěrky, speciálního navlékače ponožek/punčoch, někdy i objímky francouzské berle.

Ideální se jeví obuv pohodlná, pevná s pevnou patou a plnou špičkou a bez většího podpatku. Tkaničky je lepší nahradit zapínáním na suchý zip. K zouvání je možné využít předloketní objímku francouzské berle nebo speciální zouvač obuvi (HRUBÁ, SIVEROVÁ 2012).

4.2.2 OSOBNÍ HYGIENA

Pacienti po TEP zpravidla nejvíce nacvičují koupání či sprchování, osobní hygienu včetně použití WC a oblékání. Hygienu patří k velmi osobní záležitosti. Použití toalety, hygiena intimních partií vyžaduje někdy pomoc druhé osoby. To může být pro pacienta psychicky velmi náročné. Důležité je, věnovat se úpravě koupelny a doplnit ji vhodnými pomůckami.

Do sprchového koutu či vany se dají nainstalovat madla a protiskluzové podložky. Do vany je vhodné opatřit sedátko. Do sprchového koutu lze pořídit malou židličku nebo připevnit dostatečně vysoko na stěnu sklápěcí sedačku. Mycí houba by měla být na dlouhém držadle. Pro péči o jizvu může pacient využít při koupeli masážní žinku nebo jemný kartáček. Na toaletu je vhodné umístit madlo a pořídit nádstavec na WC. Při péči o nohy je zpočátku doporučeno požádat o asistenci druhé osoby nebo využít pedikérských služeb. U žen je rizikové holení nohou a intimních partií (SOSNA, POKORNÝ, JAHODA 2003).

4.2.3 SEXUÁLNÍ ŽIVOT

Při sexuálních polohách je nutné vyvarovat se zakázaným pohybům. Doporučené jsou polohy na zdravém boku s polštářem mezi kolena, poloha zezadu, na zádech s unožením natažené operované DK případně polohy na břiše. Po šesti týdnech od operace je možná poloha vleže a většina ostatních s vyvarováním se krajních poloh a rizikových pohybů. Pro kvalitní obnovení sexuálního života je důležitá ohleduplnost ze strany partnera (CHARBONNIER 2014; SOSNA, POKORNÝ, JAHODA 2003).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU

V praktické části byl zpracován ošetrovatelský proces u pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu, u kterého jsme se podílely na ošetřování v rámci jeho hospitalizace na oddělení geriatric ve FN Olomouc.

Pro získání potřebných informací byla využita sesterská a lékařská dokumentace, vlastní pozorování a anamnestický rozhovor s pacientem a rodinou. Spolupráce s pacientem byla velmi dobrá, jelikož během péče o něj, byl navázán stav důvěry a vzájemné ochoty.

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: E.T.	Pohlaví: muž
Datum narození: 4. 4. 1944	Věk: 70
Adresa bydliště: -----	Telefon: -----
RČ: -----	Číslo pojišťovny: VZP 111
Vzdělání: středoškolské	Zaměstnání: účetní
Stav: ženatý	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 9. 2. 2015	Typ přijetí: akutní
Oddělení: geriatric	Ošetřující lékař: MUDr. K. F.

Informace o pacientovi

Pan E.T. ve věku 70 let byl přivezen záchrannou službou na traumatologii 30. 1. 2015 ve 22 hodin večer. Záchranou službu mu přivolala manželka, když si stěžoval na bolest kyčle po úrazu, který se mu stal tentýž den okolo 13 hodiny doma, když pacient při obědě usnul u stolu a spadl ze židle. Na traumatologii byl indikován k operační léčbě pro primární dislokovanou intrakapsulární zlomeninu krčku stehenní kosti vlevo. Traumatologické oddělení zhodnotilo operační výkon a pooperační průběh u pána E. T. v pořádku, kde byla započata časná rehabilitace chůze, dokonce byla dosažena chůze v chodítku. Po domluvě byl pacient předán dne 9. 2. 2015 na oddělení geriatric. Cílem tohoto oddělení je stabilizace zdravotního stavu pacienta v časném období po operačním

zákroku. Zde by mělo dojít k postupnému zlepšování celkového stavu a k návratu do původní soběstačnosti, pokud to zdravotní stav dovolí. Panu E.T. je tu věnována zdravotní, rehabilitační a nutriční péče, sestavená dle jeho potřeb, možností a schopností.

Pacient je v penzijním důchodu, dříve pracoval jako účetní. Tato práce jej velmi bavila, rád komunikoval s lidmi. Bydlí s manželkou v panelovém domě v druhém patře bez výtahu. Má dvě dcery a čtyři vnoučata, které mu dělají radost ze života. Pacient byl v ošetření od pondělí 9. 2. do pátku 13. 2. 2015.

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela ve věku 83 let na zápal plic

Otec: zemřel v 80 letech na karcinom prostaty

Sourozenci: sestra se léčí na hypertenzi a vysoký cholesterol, bratr se s ničím neléčí

Děti: má dvě dcery, které se s ničím neléčí. Obě dvě dcery jsou vdané a mají dvě děti.

Osobní anamnéza:

Pacient byl vždy řádně a pravidelně očkovaná. Prodělal běžné dětské nemoci.

Nyní se léčí pro hypertenzi a nestabilní anginu pectoris.

Hospitalizace:

Nikdy nebyl hospitalizován.

Očkování:

Pravidelně očkován jen pro povinné očkování dle kalendáře a následné přeočkování.

Léková anamnéza:

Chronická:

- Anopyrin 100mg tbl: 0 – 1 – 0, antiagregans.
- Egilok 50mg tbl: 1 – 0 – 0, antihypertenzivum.
- Calcichew tbl: 1 – 0 – 1, vitamin D3

Aktuální:

- Fragmin 5000 IU s.c. : v 21 hodin, antikoagulancium,

Nízkomolekulový heparin, který se podává jako prevence tromboembolické nemoci.

K vedlejším účinkům patří zvýšená krvácivost.

Hlavní nežádoucí účinky: Běžně uváděnými nežádoucími účinky z klinických studií byly krvácení, hematomy v místě vpichu, reverzibilní neimunologicky vyvolaná trombocytopenie (typ I), bolest v místě vpichu, alergické reakce, přechodné zvýšení jaterních transamináz. V rámci postmarketingového sledování byl pozorován případy těžké imunologicky vyvolané trombocytopenie typu II, spojené s trombotickými komplikacemi, nekróza kůže, alopecie a anafylaktické reakce. Vyskytly se i spinální nebo epidurální hematomy. Byly hlášeny případy retroperitoneálního a intrakraniálního krvácení, některé byly fatální.

- Furon 40mg tbl: 1 – 0 – 0, diuretikum

Užívá se k léčbě stavů spojených s otoky, které vyžadují rychlou terapeutickou odpověď a které nereagují na mírněji účinná diuretika (např. plicní edém, chronické srdeční selhávání, chronické selhávání ledvin, jaterní cirhóza). Může být užíván při léčbě vysokého krevního tlaku v kombinaci s jinými léky užívanými k léčení této nemoci.

Hlavní nežádoucí účinky: V souvislosti s užíváním přípravku Furon 40 mg se mohou vyskytnout zažívací obtíže (nevolnost, zvracení či průjem). Následkem zvýšeného vylučování moči, zejména u starších nemocných na začátku léčby, může dojít k oběhovým poruchám. Tyto se projeví tlakem v hlavě, závratěmi, poruchami zraku. U pacientů s cukrovkou může dojít ke zhoršení této choroby.

- Novalgin 500mg tbl : při bolestech, max. 4 tbl denně, analgetikum.

Novalgin je nenávykový lék zmírňující bolest (analgetikum), patří do skupiny tzv. pyrazolonů. Ke svému analgetickému účinku má Novalgin navíc účinek spazmolytický (tlumící křeče) a antipyretický (působící proti horečce). Účinek Novalginu nastupuje během 30 až 60 minut a přetrvává přibližně 4 hodiny. Přípravek se používá k léčbě silné náhlé nebo přetrvávající bolesti a horečky nereagující na jinou léčbu.

Hlavní nežádoucí účinky: Vzácně se mohou objevit reakce z přecitlivělosti, které velmi vzácně mohou být těžké. Obvykle se takové reakce vyvinou během první hodiny po užití Novalginu. Avšak mohou se objevit okamžitě nebo naopak po několika hodinách.

- Anopyrin 100mg tbl: 0 – 1 – 0
- Tardyferon tbl: 1 – 0 – 0
- Calcichew tbl: 1 – 0 – 1

Alergologická anamnéza:

Léky: negativní – pacient neudává žádné lékové alergie

Potraviny: negativní

Chemické látky: pacient neudává alergie na chemikálie

Jiné: prach, pyl, roztoči

Abúzy:

Alkohol: nepije

Kouření: nekouří

Káva: ano, někdy až pět šálků kávy denně

Léky: Anopyrin, Egilok, Calcichew

Jiné drogy: neguje

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý

Bytové podmínky: žije s manželkou v panelovém bytě ve druhém patře bez výtahu

Vztahy, role, interakce v rodině: vztahy v rodině jsou velmi dobré, navštěvují se téměř denně

Záliby: procházky s manželkou, vaření, četba, hlídání vnoučat

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: pacient vystudoval čtyřleté gymnázium, poté vyšší odbornou školu ekonomickou

Pracovní zařazení: pracoval jako účetní v solných mlýnech v Olomouci

Čas odchodu do důchodu: odchod v 55 letech do starobního důchodu

Ekonomické podmínky: dostačující

Spirituální anamnéza:

Víra/přesvědčení – životní hodnoty: Životní cíl pacienta je téměř splněn. Má manželku, dvě dcery, vnoučata, které miluje. Pacient E.T. není věřící. Mezi své životní hodnoty řadí zejména rodinu, lásku a teď hlavně zdraví.

POPIS FYZICKÉHO STAVU

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Hlava mě nebolí. Brýle nosím pouze na čtení. Slyším dobře.“	Hlava normocefalická, výstupy hlavových nervů nebolestivé. Nos, oči, uši bez sekrece. Bulby ve středním postavení. V dutině ústní je horní i dolní zubní protéza, sliznice růžové, bez známek infektu. Jazyk plazí středem. Krk volně pohyblivý. Náplň krčních žil nezvýšená. Štítná žláza nezvětšená. Krční uzliny nehmatné.
Hrudník a dýchací systém	„Bolesti na hrudi nemám. Při bolestech po operaci se mi hůře dýchá. Zatím se cítím slabý.“	Hrudník symetrický. Dýchací pohyby volné. Bradavky bez deformit. Barva kůže fyziologická. Samovyšetření prsou neprovádí. Dýchací systém - dýchání pouze při bolestech ztížené s frekvencí 20 dechů/min (eupnoe). Poslechově dýchání je sklípkové bez vedlejších fenoménů, pravidelné.
Srdeční a cévní systém	„Mám vysoký krevní tlak, proto chodím na kontroly ke svému obvodnímu lékaři.“	Srdeční akce pravidelná, dobře slyšitelná, bez šelestů. Puls klidný, na horních končetinách dobře hmatatelný. P 65/minutu. TK 158/84. Cévy: krční žíly v normě. Horní a dolní končetiny bez otoků a zánětlivých změn, normální barvy a dobře prokrvené. Bez známek trombózy. Dolní končetiny bez známek varikozit. Periferní žilní katetr extrahován 9. 2. na traumatologickém oddělení. Místo vpichu klidné, bez známek infekce.
Břicho a GIT	„Chut' k jídlu moc nemám. Snažím se dostatečně pít čaj a minerálky, přibližně litr za den. Kávu mi lékař nedoporučil. Jsem abstinent. S vyprazdňováním stolice problémy nemám.“	Břicho: měkké, při pohmatu nebolestivé. Bez známek peritoneálního dráždění. Peristaltika slyšitelná. Játra, slezina normální velikosti. GIT: Potravu přijímá v menších porcích. Příjem tekutin bez omezení. Vyprazdňování stolice pravidelné. Plyny odcházejí.
Močový a pohlavní systém	„Mám zavedený močový katetr, který mě neobtěžuje. Chodím na pravidelné urologické prohlídky. Problémy nemám.“	Močový systém: zavedený permanentní močový katetr z důvodu částečné imobility po operaci. Moč je čirá bez krve a jiných příměsí, jemně nažloutlá, bez zápachu. Denní diuréza dostatečná.

Kosterní a svalový systém	„Byl jsem pohybově aktivní. Denně jsem chodil s manželkou na procházky. Bolesti zad mám jen po velké námaze.“	Kosterní systém: hrubá a jemná motorika jemně snižená v důsledku pooperačního výkonu. Klouby pohyblivé, bez otoku a patologických změn. Levý kyčelní kloub nahrazen totální endoprotézou. V současné době rehabilitován. Páteř bez patologických změn. Svalový systém: normotonus, v současné době snižená svalová síla. Pohyblivost omezená, pouze s dopomocí kompenzačních pomůcek. Na lůžku plně mobilní, zvládá sebedpěči.
Nervový a smyslový systém	„Brýle nosím pouze na čtení. Slyším dobře.“	Nervový systém: pacient je při vědomí, lucidní, orientovaná časem, místem, osobou. Spolupracuje, reakce přiměřené. Smyslový systém: krátkozrakost kompenzována brýlemi. Čich, sluch, hmat bez potíží. Chuť zachována.
Endokrinní systém	„Nevím o žádných problémech.“	Štítná žláza nezvětšená.
Imunologický systém	„Nebývám nemocný. Snažím se jíst hodně ovoce a zeleniny.“	Lymfatické uzliny nezvětšeny. Pacient neguje alergie či poruchu imunity.
Kůže a její adnexa	„Mývám suchou kůži, proto se snažím tělo promazávat krémem. S ekzémy a vyrážkami nemám problémy.“	Kožní turgor v normě. Barva fyziologická, otoky a kožní změny nepřítomny. Rty narůžovělé bez ragád. Vlasy nebarvené, prořídle. Pokožka vlasové části bez potíží. Nehty čisté, upravené. Ochlupení přiměřené.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Doma vařím sobě i manželce. Máme rádi českou kuchyni. Jsem zvyklý stravovat se s manželkou.“	Nemá potravinové alergie. Pacient je štíhlé postavy.
	V nemocnici	„Po operaci mám chuť k jídlu pořád stejnou.“	Chuť k jídlu zachována, ale jí menší porce. Dieta v nemocnici je racionální. BMI je 23,46.
Příjem tekutin	Doma	„Denně vypiju 1 – 1,5 l tekutin. Nejčastěji piju slazenou vodu.“	Pacient nemá snížený turgor kůže.
	V nemocnici	„Za den vypiju okolo 1 l tekutin. Nejčastěji piju čaj a minerální vodu.“	Sleduji příjem, výdej tekutin. Zapisuji bilanci tekutin.
Vylučování moče	Doma	Problémy s močením nemám. Na záněty močového měchýře netrpím.“	
	V nemocnici	„Zavedení cévky je trochu nepříjemné, ale dá se to vydržet.“	Pacient má zavedený permanentní močový katetr. Moč je bez patologických změn, příměsí, bez zápachu.
Vylučování stolice	Doma	„Na toaletu chodím denně.“	
	V nemocnici	„Zde v nemocnici chodím s dopomocí na toaletu nebo se vyprazdňuji do podložní mísy.“	Stolice formovaná, bez příměsí.
Spánek a bdění	Doma	„Problémy s usínáním nemám. Jsem zvyklý chodit spát v pozdějších večerních hodinách.“	
	V nemocnici	„V cizím prostředí mám vždy problémy s usínáním i spánkem.“	Problém s usínáním v cizím prostředí. Spánek je nekvalitní.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Denně chodím s manželkou na procházky. Mám ráda četbu.“	Klidový režim po operaci.

	V nemocnici	„Manželka mi nosí knížky, tak hodně čtu. Provádím cviky na lůžku, které mi fyzioterapeut doporučil. Snažím se dělat vše proto, abych mohl co nejdřív chodit a jít za manželkou domů.“	Klidový režim po operaci. Jednou denně návštěva fyzioterapeuta a nácvik chůze.
Hygiena	Doma	„Umývám se každý den.“	
	V nemocnici	„Na lůžku zvládnou osobní hygienu sám, ale sestřičky jsou tu moc ochotné, tak mi dopomáhají s celkovou hygienou v koupelně.“	Hygienickou péči zajišťuje zdravotnický personál. Celková koupel se provádí dle potřeb pacienta. Pacient v rámci lůžka zvládne osobní hygienu sám.
Samostatnost	Doma	„Doma zvládnou všechny činnosti sám nebo s dopomocí manželky.“	Pacient je soběstačný ve všech denních činnostech.
	V nemocnici	„Snažím se být samostatný. Když něco potřebuji, sestřičky mi pomůžou.“	Dle testu Barthelové bazálních denních činností je pacient vysoce závislý v bazálních všedních činnostech.

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		„Se všemi informacemi ohledně mého stavu jsem srozuměn.“	Pacient je lucidní, reaguje adekvátně.
Orientace		„Vím, kde jsem, proč tu jsem, i jaký je čas.“	Orientován místem, časem, osobou.
Nálada		„Je tu hodný zdravotnický personál, ale doma je doma. Chci za manželkou domů.“	Pacient je komunikativní, vstřícný.
Paměť	Staropaměť	„Z dětství i mládí si vše pamatuji. Často vnoučatům ukazují fotky a vyprávím jim hlavně ty hezké vzpomínky.“	Staropaměť je kontrolními otázkami výbavná bez poruch.
	Novopaměť	„Hodně čtu a sleduji vědomostní televizní pořady, tím si procvičuji paměť.“	Novopaměť taktéž výbavná bez poruch.
Myšlení		„Doufám, že mám stále logické myšlení.“	Logické myšlení je bez patologických změn.
Temperament		„Jsem spíše flegmatický typ člověka.“	Pacient je klidný, spolupracující, vždy ochotný pomoci
Sebehodnocení		„V roli manžela, otce, dědečka jsem se sebou spokojený. V roli pacienta je to o trochu horší.“	Roli pacienta zvládá velmi dobře. Má zdravý pohled na sebe samého.
Vnímání zdraví		„Chci se rychle uzdravit, jít za manželkou domů a být užitečný pro mou rodinu.“	Pacient je poslušný, respektuje pokyny zdravotníků. Má zájem zlepšit svůj zdravotní stav.
Vnímání zdravotního stavu		„Vím, že operační výkon byl pro mne nezbytný. Cítím se být slabý“	Pacient je unavený po operačním výkonu.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění		„Bojím se toho, co bude dál. Zda zvládnou všechny aktivity jako doposud.“	Pacient i jeho rodina je dostatečně informována o léčebném procesu. Rozumí všem následným a nezbytným ošetrovatelským krokům.
Reakce na hospitalizaci		„Vím, že je nutné tady být a respektovat pokyny lékařů, abych se co nejdříve uzdravil.“	Pacient je smířený s hospitalizací a s pohybovým omezením v běžném životě.

Adaptace na onemocnění	„Hodně jsem si o tomto onemocnění přečetl a myslím, že se to dá zvládnout.“	Pacient je srozuměn s rehabilitací a další léčbou.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Hodně jsem se bál operace. Teď už jen jak vše zvládnou, ale věřím, že nebudu mít žádné větší problémy.“	Pacient má strach z dalšího období léčby.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„Nemám žádné zkušenosti s hospitalizací v nemocnici.“	Pacient snáší hospitalizaci v nemocnici dobře. Žádné předchozí zkušenosti s hospitalizací nemá.

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Problémy s komunikací nemám. Rád poznávám nové lidi.“	Komunikace bez potíží. Pacient vstřícně a ochotně odpovídá na všechny dotazy.
	Neverbální	„Mimiku nebo gestiku používám přiměřeně k verbálnímu projevu.“	Neverbální komunikaci používá pacient v souladu s verbální komunikací.
Informovanost	O onemocnění	„Lékaři mě dostatečně informovali o mém zdravotním stavu.“	Pacient je dostatečně informována o svém zdravotním stavu.
	O diagnost. metodách	„Vždy mi je vysvětleno a předem slovně oznámeno, co mi bude zdravotnický personál provádět.“	Pacient spolupracuje. Informace byly vždy podány a vysvětleny. Souhlasy s výkonem podepsány.
	O léčbě a dietě	„Myslím si, že jsem dostatečně informován.“	Potřebné informace pacientovi poskytl lékař. Je informován ohledně léčby a jejího postupu.
	O délce hospitalizace	„Vím, že v nemocnici budu muset být nezbytnou dobu.“	Pacient je předběžně informována o délce hospitalizace.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace

SOCIÁLNÍ ROLE		
Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Musím poslouchat pokyny lékařů, pečlivě rehabilitovat. Vím, že to nebude jako dřív.“	Role je přiměřená.
Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Mám manželku a rodinu, která se o mě dokáže postarat. Teď se musím šetřit.“	Podporu a péči po propuštění z nemocnice poskytne rodina. Pacient si je vědom změny své společenské funkce.
Terciální (související s volným časem a zálibami)	„S pomocí kompenzačních pomůcek si nenechám odepřít procházky s manželkou.“	Pacient si je vědom změny fyzické aktivity.

SITUAČNÍ ANALÝZA

Dne 9. 2. 2015 byl plánovaně přijat pacient na geriatrické oddělení. Pacient byl přijat z traumatologického oddělení, kde byl akutně přijat pro zlomeninu krčku stehenní kosti vlevo. Pacient je plně orientovaný, komunikace je na dobré úrovni. Operační rána je na levé dolní končetině sterilně kryta. Pacient udává bolest na stejném místě, která je hodnocena na vizuální analogové škále bolesti č. 4. Dle rozpisu lékaře jsou podány analgetika, sledování FF, kontrolována operační rána a monitorována bilance tekutin. Bez infuzní terapie, permanentní močový katetr ponechán. Ten bez známek infekce. Denní diuréza dostatečná. Pacient v rámci lůžka soběstačný. Kromě eliminace bolesti a strachu je důležité dbát na nácvik sebeděže a aktivizace.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Stanovení ošetřovatelských diagnóz ze dne 9. 2. 2015 a jejich uspořádání podle NANDA I:

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- Akutní bolest z důvodu operačního výkonu projevující se nonverbálními projevy a udáváním bolesti na stupnici VAS 4.
- Porušená kožní integrita z důvodu operační rány.
- Deficit sebeděže v oblasti hygieny a vyprazdňování v souvislosti pooperačního stavu projevující se závislostí na ošetřovatelském personálu.
- Strach z důvodu nové situace ve změnách pohybového režimu projevující se dotazy a nervozitou z nezvládnutí situace v domácím prostředí.
- Porušený spánek z důvodu cizího prostředí projevující se častým buzením během noci.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

- Riziko infekce z důvodu zavedení permanentního močového katetru.
- Riziko imobilizačního syndromu z důvodu upoutání na lůžko.
- Riziko pádu v důsledku onemocnění pohybového aparátu.
- Riziko vzniku trombembolické nemoci z důvodu operačního výkonu.
- Riziko vzniku krvácivých projevů v souvislosti s antikoagulační léčbou.

<p>Ošetřovatelská diagnóza:</p> <p><i>Akutní bolest z důvodu operačního výkonu projevující se nonverbálními projevy a udáváním bolesti na stupnici VAS 4.</i></p>
<p>Cíl: Zmírnit bolest na VAS 1</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacient udává zmírnění intenzity bolesti VAS 1 do 1 hodiny po podání analgetik - pacient chápe příčinu bolesti - pacient je klidný, uvolněný - po podání analgetik má nerušený spánek - pacient zvládá techniku úlevové polohy
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sleduj lokalizaci, charakter, trvání a intenzitu bolesti (dle VAS) - informuj o úlevové poloze, pomoc pacientovi se změnou polohy - monitoruj a zaznamenávej fyziologické funkce, TK, P, D - prováděj záznam o sledování a průběhu bolesti do zdravotnické dokumentace - podávej analgetika dle ordinace lékaře - sleduj nástup a účinek analgetik - sleduj psychický stav pacienta
<p>Realizace:</p> <p>1.den: Pacient udává na škále bolesti stupeň číslo 4. Bolest je spíše bodavého charakteru a nachází se v okolí operační rány. Byla podána ráno a večer analgetika Novalgin 1 tbl dle ordinace lékaře. Bolest sledována. Pacientovi jsem pomohla najít úlevovou polohu. Sleduji verbální i neverbální projevy bolesti. Pacient udává na stupnici VAS 1, verbalizuje úlevu.</p> <p>2., 3. den: Pacient udává na škále bolesti stupeň číslo 3. Ráno i večer podána analgetika dle ordinace lékaře. Bolest se snížila na stupeň číslo 2. Sleduji průběh bolesti a zaznamenávám do zdravotnické dokumentace.</p> <p>4., 5 den: Pacient udává na škále bolesti stupeň číslo 2. Novalgin tbl si pacient vyžádal už jen ráno, bolest se snížila na minimum.</p>

Hodnocení:

- analgetika byla podávána dle ordinace lékaře a potřeb pacientky
- vše je zaznamenáváno do dokumentace
- pacient zná úlevovou polohu
- pacient verbalizuje bolest na stupnici VAS 1

Cíl byl splněn.

<p>Ošetřovatelská diagnóza:</p> <p><i>Porušená kožní integrita z důvodu operační rány.</i></p>
<p>Cíl: <i>Hojení rány per primam</i></p> <p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - neprojeví se známky infekce
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pravidelně sleduj stav a okolí rány - založ záznam Plán péče o dekubity a jiné rány - dbej o řádnou hygienu a hydrataci rány - při převazech postupuj asepticky dle platného standardu - prováděj pravidelně převazy dle ordinace lékaře - sleduj celkové projevy infekce – bolest, zarudnutí, horečka, třesavka, otok - dbej na řádnou hygienu rukou a ochranných pomůcek - proved' záznam do zdravotnické dokumentace, o změnách informuj lékaře
<p>Realizace:</p> <p>1.- 3. den: Při převazech jsem postupovala asepticky dle platného standardu oddělení. Dbala jsem na řádnou hygienu rukou. Okolí rány klidné, bez projevů infekce. Rána ošetřena Betadinou a sterilním krytím.</p> <p>4. den: Asistovala jsem lékaři u vytažení stehů. Ránu jsem ošetřila dle jeho pokynů.</p> <p>5. den: Při převazu jsem použila pouze sterilní krytí.</p>
<p>Hodnocení:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rána se po dobu mého ošetřování hojila per primam
<p><i>Cíl byl splněn.</i></p>

<p>Ošetrovatelská diagnóza:</p> <p><i>Deficit sebedpěče v oblasti hygieny a vyprazdňování v souvislosti pooperačního stavu projevující se závislostí na ošetrovatelském personálu.</i></p>
<p>Cíl: <i>Pacient se aktivně podílí na sebedpěči, provádí péči o sebe samého na úrovni svých schopností.</i></p> <p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacient má zajištěné pomůcky k vyprazdňování - pacient má zajištěnou hygienu ošetrovatelským personálem - pacient má čistý a udržovaný zevnějšek - nácvik sebedpěče a aktivizace pacientky
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - při úkonech denní činnosti zajisti pacientce dostatečné soukromí - zajisti dostatek pomůcek - motivuj pacienta a zajisti dostatek času na jednotlivé úkony - zajisti bezpečnost pacienta - po vyprázdnění zajisti hygienu rukou a genitálií
<p>Realizace:</p> <p>1.- 3.den: Hygiena na lůžku, pacient si sám umyl horní polovinu těla, kromě zad. Učesal se. Hygiena probíhala s dopomocí sester. Proběhla výměna a úprava ložního prádla. Zajistila jsem dostatek pomůcek pro zajištění hygieny. Pacient se vyprázdnil do podložní mísy.</p> <p>4. den: Celková koupel ve sprše s dopomocí ošetrovatelského personálu. Taktéž proběhla výměna ložního prádla.</p> <p>5. den: Hygiena provedena na lůžku s dopomocí ošetrovatelského personálu.</p>
<p>Hodnocení:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacient zvládá hygienu dle svých možností - pacient je aktivně zapojena do denních činností sebedpěče
<p>Cíl splněn.</p>

<p>Ošetrovatelská diagnóza:</p> <p><i>Strach z důvodu nové situace ve změnách pohybového režimu projevující se dotazy a nervozitou z nezvládnutí situace v domácím prostředí</i></p>
<p>Cíl: <i>Pacientka je bez strachu a bez úzkosti.</i></p> <p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zmírnění nebo eliminace strachu a úzkosti - pacient je plně informován o léčebném a ošetrovatelském plánu - pacient si je vědom strachu a úzkosti - pacient spolupracuje, je klidný a vyrovnaný
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - motivuj pacienta - sleduj verbální i neverbální projevy strachu - zajisti kontakt s rodinou, se sociálním pracovníkem - zajisti konzultaci s lékařem - navaž s pacientem pozitivní vztah, zhodnoť jeho pocity - informuj ho o ošetrovatelském plánu
<p>Realizace:</p> <p>Sledovala jsem verbální i neverbální projevy strachu pacienta, které se vždy při kontaktu s rodinou zmírnily. Snažila jsem se pacienta dostatečně informovat a motivovat.</p>
<p>Hodnocení:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacient je informován o léčebném a ošetrovatelském plánu - je si vědom strachu a úzkosti - pacient spolupracuje
<p><i>Cíl byl částečně splněn.</i></p>

<p>Ošetrovatelská diagnóza:</p> <p><i>Porušený spánek z důvodu cizího prostředí projevující se častým buzením během noci.</i></p>
<p>Cíl: <i>Pacient se cítí odpočínutý, vyspaný.</i></p> <p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - je schopen vyjádřit příčinu poruch spánku
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zajisti zvyklosti usínání v domácím prostředí - přes den pacienta aktivizuj - monitoruj bolest - proved' záznam o kvalitě spánku
<p>Realizace:</p> <p>Pacienta jsem přes den aktivizovala. Zajistila jsem ji klid a soukromí.</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>Pacient působil klidněji a odpočatě.</p>
<p><i>Cíl se mi podařilo částečně splnit.</i></p>

5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

PRO SESTRY:

- Empatický a holistický přístup k pacientům
- Vhodná edukace pacientů a jejich blízkých, osvojení si základů komunikace
- Zvýšit a osvojit si znalosti ošetřovatelského procesu po totální endoprotéze kyčelního kloubu
- Sledovat novinky v péči o pacienty po totální endoprotéze kyčelního kloubu
- Nutnost celoživotního vzdělávání
- Cílevědomost
- Diskrétnost
- Důvěryhodnost
- Ohleduplnost
- Ochota
- Optimismus
- Poctivost
- Předvídavost
- Taktnost
- Trpělivost
- Vlídlost

PRO PACIENTA:

- Plnit a dodržovat doporučení zdravotnického personálu
- Osvojení si nových informací k léčebnému procesu
- Snaha, motivace, cílevědomost při dodržování léčebného režimu

6 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo poukázat na zvláštnosti ošetrovatelské péče u pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu a zpracovat ošetrovatelský proces u pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu.

Tento operační výkon umožňuje pacientovi návrat do normálního života bez bolesti a bez výrazného pohybového omezení. Úspěšnost návratu nezávisí pouze na zdravotnickém týmu, ale také na aktivním přístupu každého pacienta. Kromě léčebných zákroků a nezbytné tělesné aktivity je důležitou součástí léčby také pacientův psychický stav. Je pochopitelné, že má pacient před zákrokem strach, ale v průběhu léčby se strachu postupně zbavuje. Po operaci musí pacient dodržovat určité zásady, aby nedošlo k luxaci endoprotézy. Tyto zásady jsou však téměř opomenutelné ve srovnání s následným zvýšením kvality života.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ČECH, Oldřich, 2004. *Revizní operace náhrad kyčelního kloubu* 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-269-2.
- ČIHÁK, Radomír, 1997. *Anatomie 3*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-140-2.
- ČIHÁK, Radomír, 2001. *Anatomie 1*. 2. upr. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-970-5.
- DUNGL, Pavel a kol., 2005. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0550-8.
- DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3240-4.
- DYLEVSKÝ, Ivan. 2009. *Kineziologie – Základy strukturální kineziologie*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-324-0.
- DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Speciální kineziologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1648-0.
- GALLO, Jiří, 2011. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2486-6.
- HALADOVÁ, Eva a Ludmila NECHVÁTALOVÁ. 2003. *Vyšetřovací metody hybného systému*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-393-7.
- HALÁSOVÁ, Marie a Věra PANOŠOVÁ, 2010. *Život po endoprotéze kyčelního kloubu*. Sestra [online]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zivot-po-endoproteze-kycelniho-kloubu-455023>
- HROMÁDKOVÁ, Jana a kol., 1999. *Fyzioterapie* 1. vyd. Jinočany: H & H. ISBN 80-86022-45-5.
- HRUBÁ, Magdaléna a Jarmila SIVEROVÁ, 2012. *Aplikace prvků ergoterapie v rehabilitačním ošetřování*. Sestra [online]. roč. 22, č. 2. s. 48. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/aplikace-prvku-ergoterapie-v-rehabilitacnim-osetrovani-463448>
- CHARBONNIER, Caecilia, 2014. *Sexual Activity After Total Hip Arthroplasty: A Motion Capture Study*. The Journal of Arthroplasty. [online]. No. 29, p. 640–647. Dostupné z: <http://www.charbonnier.ch/publications/22.pdf>
- JANDA, Vladimír a kol., 2004. *Svalové funkční testy*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0722-5.

- JANÍČEK, Pavel a kol., 2001. *Ortopedie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-2535-2.
- JANÍČEK, Pavel a kol., 2012. *Ortopedie*. 3. přeprac. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5971-9.
- KAPANDJI, I. A., 2005. *The Physiology of the Joints: Volume Two Lower Limb*. 5. vyd. Londýn: CHURCHIL LIVINGSTONE, ISBN 0-443-03618-7.
- KOLÁŘ, Pavel, 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1
- KOUDELA, Karel a kol., 2004. *Ortopedie*. 1.vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0654-2.
- KŘÍŽ, V. 2009. *Rehabilitace a totální endoprotéza kyčelního kloubu*. roč. 46, č. 2, s. 90 – 97. ISSN 0375-0922.
- MIKULA, J. 2002. *Rehabilitácia: Stabilita endoprotézy a luxační riziko v rehabilitaci kyčelních náhrad*. Liečreh. roč. 35/39, č. 1, s. 9 – 27. ISSN 0375-0922.
- REPKO, Martin a kol., 2012. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-549-5.
- SOSNA, Antonín a kol., 2001. *Základy ortopedie*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-202-8.
- SOSNA, A., D. POKORNÝ a D. JAHODA, 2003. *Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-302-4.
- SOSNA, A., O. ČECH a M. KRBEC, 2005. *Operační přístupy ke skeletu končetin pánve a páteře*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-640-6.
- SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-7399-289-7.
- TALIÁNOVÁ, M., M. HOLUBOVÁ a J. PILNÝ, 2009. *Péče o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu*. Sestra. [online]. roč. 19, č. 1, s. 75 - 77. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-nemocneho-po-totalni-endoproteze-kycelniho-kloubu-417261>
- VAVŘÍK, Pavel, 2005. *Endoprotéza kolenního kloubu: průvodce obdobím operace, rehabilitací a dalším životem*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-549-3.

VÉLE, František, 2006. *Kineziologie. Přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-837-9.

VOTAVA, Jiří, 2009. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-449-8.

INTRNETOVÉ ZDROJE

TOP operace, zákroky a vyšetření při nemoci [online]. Lékaři online. Dostupné z: <http://www.lekari-online.cz/zakroky>

Ortopedie ORTHES [online]. Dostupné z: <http://www.orthes.cz>

Léčebné standardy – seznam doporučených postupů [online]. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. Dostupné z: <http://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu>

Physical Activity After Total Joint Arthroplasty [online]. National Center for Biotechnology Information. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445215/>

Kýčel - totální endoprotéza klasická [online]. Lékaři online. Dostupné z: <http://www.lekari-online.cz/ortopedie/zakroky/kycel-endoproteza>

Dekáda kostní a kloubů 2000 - 2010 [online]. Webové stránky prof. MUDr.Pavel Dungal DrSc. Dostupné z: <http://www.dungl.estranky.cz/clanky/clanky/dekada-kosti-a-kloubu-2000---2010.html>

Lékařské listy a sestra [online]. Zdravotnictví a medicína. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/#utm_source=hp&utm_medium=selfpromo&utm_campaign=topmenu

PŘÍLOHY

Příloha A – Rešerše

Příloha B – Stupnice VAS bolesti u dospělých

Příloha C – Kompenzační pomůcky po TEP kyčelního kloubu

Příloha A- Rešerše

Vědecká knihovna v Olomouci
Bezručova 3, pošt. schr. 9
779 11 Olomouc
Informační služby
e-mail: is@vkol.cz

tel.: 585 205 333
fax : 585 220 615

Bibliografický soupis

RE 919 / 2014

Edukace pacienta po náhradě kyčelního kloubu v pooperačním režimu (Totální endoprotéza – ošetřovatelství)

Počet záznamů: 244 (8 – knihy, 114 – články a příspěvky ze sborníků, 107 – vysokoškolské práce, 15 – on-line zdroje)
Časové rozmezí: 2004 - 2014
Datum: 19. 12. 2014
Jazykové vymezení: čeština, slovenština, angličtina
Zpracoval: Mgr. Vladimír Klásek
Druh literatury: knihy, články, příspěvky ze sborníku, vysokoškolské práce, on-line zdroje

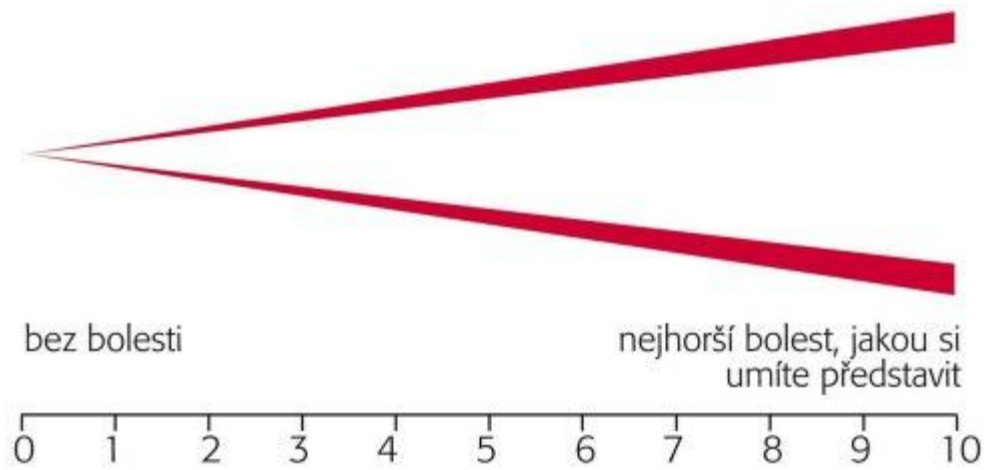
Základní prameny:

- katalog Vědecké knihovny v Olomouci (www.vkol.cz)
- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.iib.cz)
- katalog NCO NZO (www.nconzo.cz)
- katalog Slovenskej lekárskej knižnice (www.slk.sk)
- specializované článkové databáze (EBSCO, PubMed)
- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)

Základní klíčová slova: edukace, náhrada kyčelního kloubu, totální endoprotéza, kyčel, pacient, soběstačnost, pohybový režim, pooperační režim, komplikace, ošetřovatelství, education, hip total joint replacement. self-sufficiency, movement mode, postoperative mode, complication, nursing, náhrada bedrového klbu, totálna endoprotéza

Příloha B- Stupnice VAS bolesti u dospělých

Vizuální analogová škála



Zdroj: SLÁMA, O., KABELA, L., VORLÍČEK, J. et al, *Paliativní medicína pro praxi*, str. 43.

Příloha C - Kompenzační pomůcky po TEP kyčelního kloubu



Sedačka do vany



Francouzské berle



Podavač předmětů



Madlo na vanu



Madlo na WC



Nástavec na WC

Zdroj: <http://www.dmapraha.cz>