

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO OPERACI
BEDERNÍ PÁTEŘE

Bakalářská práce

LENKA KLEMPOVÁ, DiS.

Praha 2015

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO OPERACI
BEDERNÍ PÁTEŘE

Bakalářská práce

LENKA KLEMPOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Marcela Rybová

Praha 2015



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

Klempová Lenka
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

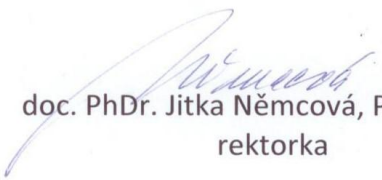
Ošetrovatelský proces u pacienta po operaci bederní páteře

Nursing Process for Patients after Surgery of the Lumbar Spine

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Marcela Rybová

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

V Praze dne: 11. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne 31. 5. 2016

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí práce PhDr. Marcele Rybové za její ochotu, cenné rady, odbornou pomoc, podněty a připomínky při zpracování bakalářské práce. Poděkování patří rovněž mé pacientce, která velice ochotně spolupracovala a snažila se mi být co nejvíce nápomocná.

ABSTRAKT

KLEMPOVÁ, Lenka, DiS. Ošetrovatelský proces u pacienta po operaci bederní páteře. Vysoká škola zdravotnická o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce PhDr. Marcela Rybová. Praha 2015. 49s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta po operaci bederní páteře. Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části.

První část je teoretická, která se zabývá charakteristikou onemocnění, incidencí a prevalencí onemocnění bolesti zad, dále jsou zde rozpracovány příčiny a příznaky onemocnění, diagnostické metody a možnosti léčby. Dále jsem se zabývala předoperační a pooperační péčí.

V druhé části jsou rozparována specifika ošetrovatelské péče u pacientky s bolestmi zad a následnou léčbou. Dále jsou zde rozpracované ošetrovatelské diagnózy s následným plánem péče, jeho realizací a zhodnocení péče.

Bakalářská práce dále obsahuje doporučení pro praxi pro pacienta a jeho rodinné příslušníky a zdravotnický personál

Klíčová slova

Bolesti zad. Bederní páteř. Ošetrovatelský proces. Předoperační příprava. Pooperační péče. Rehabilitace po operaci páteře.

THE ABSTRACT

KLEMPOVÁ, Lenka, DiS. The nursing process for the patients after the lumbar spinal surgery. Vysoká škola zdravotnická o. p. s. Degree: Bachelor's (Bc.). Supervisor: PhDr. Marcela Rybová. Praha 2015, pages 48.

The presented bachelor's thesis is focused on the nursing process for the patients after the lumbar spinal surgery and is divided into two parts.

The theoretical part presents the characteristics, incidence and prevalence of the back pain as well as its causes, symptoms, and diagnostic and treatment methods. Besides these the pre- and postoperative care is dealt with.

In the practical part the nursing process for a particular patient with back pain and the following treatment are introduced. The nursing diagnosis and the care plan has also been developed and its implementation and evaluation included.

The practical recommendation for the patients, his or her relatives and the nursing staff is also to be found in the thesis.

Keywords:

Back pain. Lumbar spine. Nursing process. Preoperative preparation. Postoperative care. Rehabilitation after a spine surgery.

PŘEDMLUVA

S bolestmi zad se během života setká snad každý z nás. Onemocnění páteře je považované za civilizační onemocnění. Bolesti se vyskytují, ve kterémkoliv věku a mohou být i následkem pracovní neschopnosti a vedou nemocného k invaliditě. Řada pacientů se snaží bolesti řešit doma samo. Většina pacientů navštěvuje lékaře, který jim doporučí infuzní léčbu, masáže, terapie a lázeňské či termální koupele. Tato léčba je individuální, u většiny pacientů zabírají, ale po určité době se bolesti opět vyskytnou. Proto, navštěvují znovu lékaře a dle diagnostického vyšetření se daný problém řeší operačně. Při onemocnění páteře se zjišťují možné příčiny onemocnění jako je např. sedavé zaměstnání, druh práce, úrazy nebo vrozené vady.

Důležitou prevencí bolesti zad je správné držení těla, vhodné sezení např. u počítače, dostatek pohybu, vhodné cvičení, mezi které patří plavání, jízda na kole, ale i chůze. Důležité je i výběr vhodné matrace.

Onemocnění páteře může zasahovat i do života pacienta. Zasahuje jak do jeho soukromého života tak do pracovního i ekonomického.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD	13
1 BEDERNÍ PÁTEŘ	14
1.1 INCIDENCE A PREVALENCE ONEMOCNĚNÍ BEDERNÍ PÁTEŘE	16
1.2 PROBLEMATIKA ZAD JAKO SPOLEČENSKÝ PROBLÉM	17
2 ROZVOJ DEGENERATIVNÍCH ZMĚN V OBLASTI BEDERNÍ PÁTEŘE.....	18
2.1 SYMPTOMY A PŘÍČINY NEMOCI.....	19
2.2 TYPY POŠKOZENÍ	20
2.3 DIAGNOSTICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY	21
2.4 METODY A POSTUPY TERAPIE.....	24
2.5 PROGNOZA	28
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PO OPERACI BEDERNÍ PÁTEŘE	29
3.1 PÉČE O PACIENTA PO OPERAČNÍM VÝKONU.....	29
3.2 DODRŽOVÁNÍ REŽIMU A REHABILITAČNÍCH PRAKTIK JAKO PREVENCE ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA	31
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO OPERACI BEDERNÍ PÁTEŘE	32
4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	54
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
PŘÍLOHY.....	61

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

PN	pracovní neschopnost
ID	invalidní důchod
KO	krevní obraz
FW	sedimentace
KS	krevní skupina
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
K + C	kultivace + citlivost (bakteriologické vyšetření)
RTG	rentgenové vyšetření
PŽK	permanentní žilní katétr
PMK	permanentní močový katétr
DKK	dolní končetiny
ATB	antibiotika
TEN	prevence tromembolické nemoci
DM	diabetes mellitus
PAD	perorální antidiabetika
TK	tlak krve
P	puls, tep
TT	tělesná teplota
BMI	body mass index (index = poměr váhy k výšce)
RHB	rehabilitace
FF	fyziologické funkce

SEZNAM POUŽITÝCH VÝRAZŮ

Lordóza	vyklenutí páteře v předozadní rovině směrem dopředu.
Kyfóza	vyklenutí páteře v předozadní rovině směrem dozadu.
Prevalence	počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu.
Incidence	výskyt chorob v určitém časovém období, počet nově se vyskytujících případů onemocnění v určitém čase a prostoru.
Bolest	jeden z nejtypičtějšího příznaku onemocnění, jehož biologickým smyslem je upozornit na vznikající chorobu.
Spondylolýza	je charakterizovaná jako jednostranné nebo oboustranné přerušování zúžené části obratlového oblouku mezi trnovým a spodním kloubním výběžkem.
Spondylolistéza	patologický stav páteře, který se projevuje posunem obratlového těla.
Distorze	podvrtnutí kloubu. Jedno z nejčastějších poranění způsobené prudkým, náhlým pohybem v kloubu.
Kontuze	zhmoždění, pohmoždění. Tupé, nepronikající poranění.
Luxace	kloubní zranění, při čems se kloubní plochy vychylují ze svého obvyklého postavení a nedotýkají se.
Osteom	nezhoubný nádor kosti.
Meningeom	je typ mozkového nádoru.
Myelom	zhoubné nádorové onemocnění vycházející z patologického klonu – plasmocytů.
Menopauza	ukončení pravidelného menstruačního krvácení u žen v přechodu.
Menstruace	měsíční krvácení, měsíčky. U ženy se dostavuje periodicky jednou měsíčně od puberty do menopauzy.
Manitol	sacharid, který při podání v roztoku do žíly zvyšuje tvorbu moči a působí proti otokům.
Goniometrie	chirurgický výkon v očním lékařství k otevření Schlemmova kanálu. Jedna z metod léčby glaukomu.
Fraktura	zlomenina. Přerušování celistvosti kosti.

Intravenozně	nitrožilní, do žíly. Podání léku do žíly umožní jeho rychlejší účinek.
Diuréza	množství definitivní moči vytvořené ledvinami za jednotku času, průměrně 1,5 litru denně.
Subfebrilie	zvýšená tělesná teplota mezi 37-38°C.
Febrilie	hořečnatý stav. Horečka – zvýšení tělesné teploty nad 38 °C.
Peristaltika	vlnovitý pohyb stěn dutých orgánů, který probíhá v podélném směru a slouží k posunování jejich obsahu.
Chemoterapie	léčba chorob chemickými látkami. Nejčastěji se používá u nádorového onemocnění.
Kaudální blok	aplikace léku do kaudálního prostoru, provádí z důvodu dlouhodobých bolestí zad. Jedná se o podání léku (anestetik, analgetik) vpichem mezi křížovou kostí a kostrčí.
Hypertenze	vysoký tlak.
Gastroduodenum	žaludek a dvanáctník jako funkční jednotkase společnou problematikou některých chorob.
Klyzma	nálev tekutiny do konečníku a tlustého střeva. Užívá se k jeho vyčištění.
Perorálně	lék podávány ústy.
Saturace O₂	nasycení kyslíkem.
Redonovy drény	drenáž- odstranění tekutiny z ran (např. po operaci). Odvádí krev, hnis či jiné tekutiny z rány.
Varixy	žilní městky“křečové žíly“.
Glykémie	koncentrace (hladina) glukózy v krvi.
Somatogenní	mající původ v těle, v tělesných prostorech.
Psychogenní	duševního původu.
Nevolnost	pocit na zvracení.
Metastázy	dceřiné ložisko u zhoubného nádoru či infekce.
Revmatologie	lékařský obor zabývající se výzkumem, diagnostikou a léčbou zánětlivých i nezánnětlivých revmatických onemocnění kloubů, šlach a svalů.
Stomatologie	lékařský obor zabývající se výzkumem, diagnostikou a léčbou chorob dutiny ústní, čelistí a zubů.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Identifikační údaje	34
Tabulka č. 2 Vitální funkce při přijetí	35
Tabulka č. 3 Léková anamnéza.....	36
Tabulka č. 4 Posouzení současného stavu.....	39
Tabulka č. 5 Vyšetření krve.....	45
Tabulka č. 6 Medikamentózní léčba.....	46

ÚVOD

S bolestmi zad se v životě potká téměř každý z nás, proto jsou považovány za civilizační chorobu. Při vzniku bolestí zad hraje velkou roli množství faktorů. Velkou roli hraje i psychosociální problematika a motivace pacienta a s tím souvisí i rozdílný práh bolesti.

Páteř tvoří nosnou osu těla a současně zajišťuje mechanickou ochranu nervovým strukturám uloženým v páteřním kanálu.

Bolest bederní páteře je častou návštěvou pacientů u lékaře. Jde o jednu z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti. Degenerativní onemocnění bederní páteře postihuje člověka ve druhé a třetí dekádě života.

Onemocnění páteře patří mezi jednu z nejčastějších příčin toho, že dovedou člověka k lékaři. Pokud nevede konzervativní terapie ke zlepšení, je možné zvážit operační terapii. Jelikož pracuji na ortopedickém oddělení a lidé s bolestmi páteře stále přicházejí, rozhodla jsem se právě na toto téma vypracovat bakalářskou práci.

V teoretické části bakalářské práce popisujeme charakteristiku onemocnění, její příčiny a příznaky, dále diagnostiku a léčbu. Důležitostmi jsou i specifika ošetrovatelské péče u pacientky po operaci bederní páteře. Nosnou částí v této práci je ošetrovatelský proces, který je nepostradatelný při zlepšování kvality ošetrovatelské péče v dané problematice.

Cílem bakalářské práce je zjistit více informací o tomto onemocnění, jak onemocnění bederní páteře ovlivňuje kvalitu života pacienta, popsat specifika ošetrovatelské péče a vytvořit plán ošetrovatelské péče u pacientky po operaci bederní páteře.

1 BEDERNÍ PÁTEŘ

Bedro (*lumbus*) je část těla mezi hrudníkem a pánví. Bederní páteř je vypuklá dopředu a vytváří bederní vlnění. Bederní páteř je tvořena pěti bederními obratli (L1 až L5). Jednotlivé obratle jsou vzájemně spojeny jednak obratlovými těly, jednak přes dva klouby na příčných výběžcích obratlů.

Na zádech se vymezuje bederní krajina od dvanáctého žebra kaudálně po kyčelní hřeben a křížová krajina nad křížovou kostí a kostrčí. Na zádech jsou v celé délce viditelné i hmatné trnové výběžky obratlů. Kůže v bederní krajině je silná a tuhá a vrstva podkožního vaziva je závislá na výživě.

Obratle

Každý obratel můžeme rozdělit na tři hlavní části. Nejmohutnější část je uložena ventrálně, tělo obratle (*corpus vertebrae*), na něj zezadu připojený vybíhající oblouk obratle, který chrání míchu a ostatní nervové struktury (*arcusvertebrae*) a výběžky obratle připojené k *arcusvertebrae*: dozadu vybíhající výběžek trnový, párové postranní výběžky a párové výběžky kloubní. Spojením obratlů v páteři vzniká z těchto otvorů páteřní kanál (*canalis vertebralis*) obsahující míchu. U dospělé a stárnoucí kostry se šířka bederních obratlů zvyšuje s věkem. Dochází ke snižování hustoty kostní tkáně obratlových těl.

Pátý bederní obratel (*vertebra lumbalis quinta*) se vyznačuje silným bederním výběžkem. Tělo je obvykle největší ze všech bederních obratlů. Trnový výběžek je nejmenší.

Křížová kost (*os sacrum*) je tvaru rovnoramenného trojúhelníku a vzniká srůstem pěti křížových obratlů.

Páteřní kanál v bederní oblasti

Jednotlivé bederní obratle vytváří svými obratlovými otvory páteřní kanál. V křížové krajině je vytvořen srůstem křížových obratlů vytvářejících křížový kanál, který končí křížovým otvorem. Bederní obratle obsahují uvnitř těl soustavu žil. Jedná se o široké vinuté kanály uvnitř kostní hmoty. S věkem se rozšiřují (ČIHAK, 2001).

Kloubní spojení bederních obratlů

Každý obratel je se sousedními obratli spojen pomocí svalů nebo kloubů.

Svaly (synartrózy) zahrnují chrupavčitá spojení a soustavu vazů.

Klouby (diartrózy) jsou představovány párem meziobratlových kloubů.

Svaly bederní páteře

Svalstvo, které obemyká bederní páteř lze vývojově rozdělit na **epaxiální** (inervované zadními větvemi míšních nervů) a **hypaxiální** (inervované předními větvemi míšních nervů). Epaxiální svaly představují hluboké zádové svaly. Jedná se o několik skupin svalů sdružených do čtyř systémů. Hypaxiální svaly tvoří na zádech tři vrstvy.

Nervy v bederní krajině

V meziobratlových otvorech páteře vybíhají míšní nervy, které jsou označovány podle částí páteře a obratle. V bederní krajině vybíhá pět bederních nervů, které jsou rozděleny na přední a zadní větve. Přední větve přispívají k zásobování hypaxiálního svalstva, kůži, boční a přední části břicha a dolních končetin. Zadní větve zásobují epaxiální svaly a přilehlý okrasek kůže. **Bedrokřížová pleteň** (*plexus lumbosacralis*) je somatico nervová pleteň, zásobující stěny velké pánve a dolních končetin. Je tvořena předními větvemi všech pěti bederních nervů a dělí se na tři části. Bederní pleteň, křížová pleteň a kostrční pleteň. **Bederní pleteň** vzniká propojením předních míšních nervů. **Křížová pleteň** vzniká propojením předních větví míšních nervů (ČIHÁK, 2001).

Zakřivení páteře

Embryonální a fetální páteř je jemně zakřivena do tvaru písmene C, konkavitou dopředu. Toto primární zakřivení přetrvává do dospělosti v hrudní a pánevní oblasti. Zakřivení v sagitální rovině jsou **lordosa**, což je fyziologické zakřivení páteře směrem dopředu a **kyfosa**, což je fyziologické zakřivení páteře směrem dozadu (HART a kol., 2014).

1.1 INCIDENCE A PREVALENCE ONEMOCNĚNÍ BEDERNÍ PÁTEŘE

Bolesti páteře jsou velmi častým důvodem návštěvy pacientů u praktického lékaře, ortopeda, neurologa, fyzioterapeuta, revmatologa.

Během života se setká s bolestmi páteře 50 - 80 % lidské populace. Zhruba 40 % nemocných si stěžuje na bolesti páteře jedenkrát do roka. Z posledních mezinárodních výzkumů vyplývá, že bolestmi zad trpí 12 % dětí ve věku do 11 let, a 50 % dětí ve věku do 15 let. Bolesti zad se vyskytují nejčastěji mezi 20 - 55 rokem života. Z posledních mezinárodních výzkumů vyplývá, že bolestmi zad trpí 12 % dětí ve věku do 11 let, a 50 % dětí ve věku do 15 let. Bolesti zad se vyskytují nejčastěji mezi 20 - 55 rokem života (DONELSON et al., 2001).

Bolesti zad představují 1/3 všech pracovních neschopností. Zhruba 60 % pacientů s bolestmi bederní páteře se vrací do jednoho měsíce do zaměstnání. 90 % nemocných se vrací do třech měsíců od začátku bolesti. V české republice bylo v roce 1981 na 100 000 obyvatel hospitalizováno 844 osob s onemocněním bederní páteře. V roce 1997 byl nárůst téměř o 50 % (zhruba 1260 obyvatel) a v roce 2003 onemocnělo 2653 obyvatel. Celoživotní prevalence bolesti bederní páteře je 70 - 80 % pacientů.

Roční prevalence bolestí zad činí zhruba 30 – 40 % u populace v produktivním věku, z toho 5 – 10 % nemocných skončí v pracovní neschopnosti a 5 – 10 % přechází do chronického stádia a 1 % vede k trvalé pracovní neschopnosti (KOLÁŘ, 2009).

Onemocnění bederní páteře jsou velmi častá, roční prevalence je 15 – 45 %, celoživotní prevalence je 60 – 90 %, roční incidence 5 %.

Bolesti zad se nevyskytují pouze v České republice, ale jedná se o celosvětový problém. Dle průzkumných šetření J. Křivohlavého, který ve své knize popisuje, že v USA až 80 % pacientů přichází k lékaři s bolestmi zad (KŘIVOHLAVÝ, 1992).

1.2 PROBLEMATIKA ZAD JAKO SPOLEČENSKÝ PROBLÉM

Postižení páteře jsou druhá nejčastější příčina onemocnění na světě. Vzhledem k sedavému způsobu života neustále stoupá. První příznaky se začínají projevovat od 30. roku života. Postižení bederní páteře postihuje člověk jak ze sociální, tak ekonomické stránky. Počet onemocnění pohybového aparátu včetně bolesti páteře stále stoupá a postihuje stále mladší generaci (RYCHLÍKOVÁ, 2012).

Bolesti zad si v dnešní době dokáže představit snad každý z nás. Je jen malá skupina lidí, co se s bolestmi zad nesečkali vůbec.

Bolest je subjektivní fenomén, dříve byly podněty k jejímu vzniku děleny na somatogenní a psychogenní. Je tedy nesporné, že degenerativní onemocnění páteře je zdrojem chronické bolesti. Ta je charakterizovaná délkou minimálně jednoho měsíce, přičemž intenzita může být trvalá. Chronická bolest bývá spojena i s dalšími příznaky, jako je únava, porucha spánku, změna libida, pokles chuti k jídlu, úbytek hmotnosti, úzkost a depresivní nálady. Chronická bolest připravuje pacienta o možnost realizovat pracovní plány a dochází k narušení pozice člověka ve společnosti (HARTOVÁ, 2014).

Ke každému pacientovi se váže jiný životní příběh s individuálním příběhem nemoci. Může dojít k fyzickému strádání, narušují se mezilidské vztahy, destabilizuje se pevné místo v pacientově životě. Dochází ke změně životního stylu, změně postoje k sobě samotnému, ke změně sociální a rodinné role. Pacient přichází o svoji kariéru, pracovní plány a je finančně znevýhodněn. Čím delší dobu je pacient vyřazen z pracovního procesu, tím se snižuje naděje na návrat do práce. Sociálně-pracovní důsledky postihují roli pacienta. Pacient se vyhýbá pracovní aktivitě z důvodu obav rozvoje další bolesti.

Velmi důležitá při léčbě onemocnění bederní páteře je role psychologa a neurologa, jelikož může zhodnotit aktuální a psychický stav pacienta a nasadí vhodnou léčbu (NEUDERTOVÁ, 2014).

2 ROZVOJ DEGENERATIVNÍCH ZMĚN V OBLASTI BEDERNÍ PÁTEŘE

Degenerativní onemocnění páteře patří do skupiny chorob, při kterých dochází ke ztrátě normální struktury a funkce postižené části páteře. Mohou být i součástí běžného projevu stárnutí. Degenerativní onemocnění jsou velmi častá. S bolestmi páteře se během života setká až 90 % lidské populace. Jde o druhé nejčastější onemocnění, po nemoci jako je nachlazení. Nejčastěji se bolesti vyskytují v bederní páteři, poté v krční a hrudní (JANÍČEK a kol., 2007).

2.1 SYMPTOMY A PŘÍČINY NEMOCI

Současná populace napomáhá vzniku onemocnění sedavým způsobem života, jednostranné přetěžování páteře, obezita, nedostatek pohybu. Za důležité je považována genetická dispozice a zátěž působící na páteř (ŠRÁMEK a kol., 2015).

Bolesti bederní páteře mohou být akutní nebo chronické. Akutní bolesti vznikají přetažením svalů a mohou omezit nemocného v pohybu. Příčinou může být i špatný pohyb nebo uklouznutí. Trvají 2 - 3 týdny, někdy odezní i za pár dnů. Chronické bolesti přetrvávají několik měsíců a hlavním důvodem je nesprávné držení těla. Tyto bolesti jsou intenzivní a nepříjemné, projevují se zhoršenou pohyblivostí páteře, špatnou citlivostí a brněním končetin, dochází k bolestem hlavy a k migrénám. Prvotně dochází k poškození meziobratlových plotének a poté i všech kostních a vazivových struktur páteře. Mezi rizikové faktory onemocnění bederní páteře patří namáhavá práce, kouření, kardiovaskulární a respirační onemocnění. Projevy bolesti bederní páteře se liší v závislosti na příčině obtíží. Pokud je bolest způsobena přetížením svalů je vnímána rychlá unavitelnost svalů, poté bolesti beder. Pacienti hledají úlevové polohy, bolest je výraznější ráno, když jsou svaly ztuhlé. Bolesti jsou únavné a nepříjemné, ale viditelně neovlivňují pohyblivost páteře. K výraznému omezení hybnosti dochází při blokáдах v meziobratlových kloubech. Prudká bolest může být vyvolána rychlým, nečekaným pohybem, ze kterého se nemocný nemůže vrátit do původní polohy. Bolesti často vyzařují do dolních končetin nebo do hrudní páteře. Při přejití do chronického stádia může nastat problém s vylučováním moče a stolice. (HART a kol., 2014).

PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ BEDERNÍ PÁTEŘE

Pacienti mohou mít mnoho příznaků pro onemocnění bederní páteře, z nichž jsou uváděny:

- bolest,
- křeče svalů,
- bolest v kříži, především při pohybu nebo dlouhém stání,
- bolest může vystřelovat do dalších částí těla,
- bolest hlavy,
- poruchy hybnosti,
- porucha citlivosti,
- nevolnost,
- zvracení,
- únava,
- porucha močení,
- může dojít i ke změnám na páteři,

například: skolióza (vybočení páteře na stranu),

kyfóza (vybočení páteře směrem dozadu).

Nejčastějším problémem, se kterým přichází pacient k lékaři je **bolest**.

Příčina bolestí může být **muskuloskeletální, neurologická, psychická nebo kombinace dohromady**. Vyšetřující lékař by neměl zapomínat, že jde o pacienty s chronickým onemocněním, a že bolest ovlivňuje pacienta ve všech jeho denních potřebách (HART a kol., 2014).

2.2 TYPY POŠKOZENÍ

V odborné literatuře se uvádí mnoho typů poškození bederní páteře. Jedná se o tyto druhy poškození:

- postižení chrupavek (osteoartróza) a meziobratlových plotének (spondylolýza),
- spondylolýza,
- spondylolýstéza,
- úrazy – zlomeniny, distorze, kontuze, luxace,
- vrozené vady – rozštěpy páteře,
- nádory (vzácně) - benigní nádory (osteom, meningeom), maligní nádory (myelom, metastázy z prsu),
- špatné držení těla,
- sedavé zaměstnání,
- těžká práce,
- zvedání břemen,
- jednostranná zátěž těla,
- nedostatečná nebo přílišná aktivita,
- obezita - nadměrné tvoření tukových zásob vede k přetížení páteře i kloubů, k nedostatečnému pohybu a ochabování svalů,
- stres – má vliv na špatné držení těla,
- prochladnutí,
- degenerativní změny na páteři,
- úrazy,
- akutní infekční onemocnění,
- nevhodná obuv,
- ploché nohy,
- zborcená klenba,
- nedostatek vitamínu D,
- druhotné příčiny: těhotenství, onemocnění vnitřních orgánů např. ledvin (HART a kol., 2014).

2.3 DIAGNOSTICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY

Klinické vyšetření je základem správné diagnózy a podkladem pro stanovení nejvhodnějšího léčebného postupu. Základem klinického vyšetření by měl být dostatek času na pacienta.

2.3.1 KLINICKÉ VYŠETŘENÍ

Mezi základní klinické vyšetření patří anamnéza, objektivní funkční ortopedické vyšetření páteře, neurologické, laboratorní vyšetření a zobrazovací metody.

Anamnéza

Je to soubor informací potřebných k bližší analýze zdravotního stavu pacienta. Obsahuje:

- rodinnou anamnézu – zjišťujeme nemoci v rodině, VVV pohybového aparátu,
- osobní anamnézu - zjišťujeme prodělané operace, úrazy, poúrazové komplikace, zda pacientovi byla podána transfúze, rodinné vztahy v domácnosti,
- farmakologickou anamnézu - seznam současně užívaných léků (např. analgetika, antirevmatika, neuroleptika, antibiotika, antidepresiva...),
- alergologickou anamnézu – alergie na léky, zvířata, aj., u žen gynekologickou anamnézu: menstruace, těhotenství, porody, potraty, počet dětí, menopauza,
- sociální anamnézu – zjišťujeme sociální podmínky pacienta (kde bydlí, s kým bydlí, v jakém prostředí), návyky (abúzus alkoholu, kouření, omamných látek),
- pracovní anamnézu - zjišťujeme od pacienta, kde pracuje (zda je práce fyzicky náročná), pracovní podmínky pacienta, PN, důchodce, ID a nepracujícího,
- nynější onemocnění – charakter a lokalizace místa bolesti.

Objektivní funkční ortopedické vyšetření

Objektivní ortopedické vyšetření přizpůsobujeme údajům zjištěným při anamnéze se zaměřením na postiženou oblast (HART a kol., 2014).

Důležitostí z funkčního vyšetření je:

- aspekce – pozorujeme stereotyp chůze, držení těla, dále sledujeme, jak pacient usedá na židli, poté jak z židle vstává, sledujeme bolestivou grimasu, zakřivení páteře,
- měření délky a obvodu končetin,
- goniometrie,
- palpace – vyšetření pohmatem,
- perkuse – vyšetření poklepem,
- vyšetření pohyblivosti páteře (HART a kol., 2014).

Neurologické vyšetření

Cílem vyšetření bederní páteře je zjistit, zda příčinou bolesti je funkční porucha bez organického korelátu tzv. „blokáda“ nebo pokročilé degenerativní změny, například fraktura, nádor, zánět. Cílem neurologického vyšetření je zjistit, zda je postižen nervový systém a zda je poškozena funkce motorických, senzitivních a autonomních vláken.

Vyšetření nervových struktur

Vyšetření spočívá v provedení manévřů vyvolávajících kořenovou bolest v testování a vyšetření reflexů.

Vyšetřením citlivosti zjišťujeme, kudy vyzařuje bolest do dolních končetin, ptáme se na citlivost mezi nártem a chodidlem, mezi palcem u nohy a malíčkem.

Vyšetřením stavu motorické inervace začínáme aspekcí a pátráme po svalových atrofiích. Je vhodné vyšetřovat obě dolní končetiny současně.

Vyšetřením reflexů testujeme celý reflexní oblouk daného míšního segmentu. Ze šlachových reflexů na dolní končetině vyšetřujeme patelární reflex (úder pod patelu na úponovou šlachy čtyřhlavého stehenního svalu).

Mezi **elektrofyzilogické pomocné vyšetřovací metody** v neurologii patří například **jehlová elektromyografie**, která měří elektrickou aktivitu vyšetřovaných svalů a dokáže zachytit i subklinické neurogení změny v postiženém svalu. **Kondukční studie**, která měří rychlost vedení v motorických a senzitivních vláknech. **H-reflex** měří rychlost monosynaptického napínacího reflexu (DUŠEK a kol., 2014).

Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření jsou jedním z mnoha pomocníků ke stanovení správné diagnózy a ke kontrole léčby. Z laboratorního vyšetření se provádí vyšetření **krve a moči**:

- biochemické vyšetření – ionty, urea, kreatinin, bilirubin, enzymy, glykémie aj.,
- hematologické vyšetření - KO, FW, KS + Rh faktor (k operaci),
- hemokoagulační vyšetření - Quick, krvácivost a srážlivost, APTT,
- biochemické vyšetření moči – moč + sediment, K + C (k vyloučení zánětů).

Zobrazovací metody

Zobrazovací metody představují celou škálu vyšetření umožňujících pohled do těla pacienta. Pro stanovení diagnózy u onemocnění bederní páteře je nezbytné u pacienta provést:

- **rentgenové vyšetření** – základní zobrazovací metoda v ortopedii, nevýhodou RTG vyšetření je radiační zátěž vyšetřované osoby, RTG podává představu o kostní tkáni,
- **počítačová tomografie (CT)** - je radiologická vyšetřovací metoda, která pomocí rentgenového záření umožňuje zobrazení vnitřních orgánů,
- **magnetická rezonance (MR)** - je neinvazivní zobrazovací metoda používaná k zobrazení vnitřních orgánů lidského těla. Pomocí MR je možné získat řezy určité části těla, které lze zpracovávat k 3D obrazu požadovaného orgánu. Poskytuje nejdůležitější informace o páteři.
- **elektrokardiografie**, neboli **EKG**, je vyšetření, při kterém přístroj snímá elektrickou aktivitu srdce, výsledkem je **elektrokardiogram**, vyšetření EKG je rychlé, levné a nenáročné pro pacienta,
- **scintigrafie (PET)** – zobrazovací metoda využívající znázornění zvýšeného metabolismu kostí nebo měkkých tkání po podání radioaktivní glukózy u PET, nevýhodou vyšetření je nespecifita, proto je nutné každý pozitivní nález dále dovyšetřit (ŠRÁMEK a kol., 2015).

Součástí klinického vyšetření jsou i speciální vyšetření, např. oční, revmatologické, stomatologické, ORL a jiná konzilia (ŠRÁMEK a kol., 2015).

2.4 METODY A POSTUPY TERAPIE

Mezi metody terapie bolesti bederní páteře řadíme konzervativní léčbu, chirurgickou metodu a preventivní opatření jako je změna zaměstnání, dietní opatření, dostatek pohybu.

KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Při léčbě chronického onemocnění se využívá široká škála léčebných postupů. Jak farmakologická léčba, úprava životního stylu, rehabilitace a fyzioterapie. K terapii je potřeba multidisciplinární tým (psycholog, chirurg, ortoped, rehabilitační lékař, fyzioterapeut). U akutních bolestí páteře je vhodný klid na lůžku v úlevové poloze.

Farmakologická léčba zahrnuje podávání široké skupiny léčiv různých farmakologických skupin:

- analgetika-antipyretika - léčiva tlumící bolest a snižující tělesnou teplotu, některá mohou mít i protizánětlivý účinek (Paracetamol, Ataralgin, Novalgin),
- nesteroidní antirevmatika - léky, které se užívají při onemocnění a bolestech kloubů a svalů (Ibuprofen, Diclofenac, Indometacin, Dolmina apod),
- opioidní analgetika - mají velice silný analgetický účinek, tlumí bolesti, potlačují psychickou složku a emotivní reakce, (Morphin, Oycodon, Dolsin, Dipidolor),
- myorelaxancia - léčiva snižující svalové napětí(Baclofen),
- sedativa a psychofarmaka neboli antidepressiva u akutních bolestivých stavů je podávání antidepressiv vhodné, (Neurol, Citalec),
- vitamíny - jediná léčba, která je v normálních dávkách neškodná (vitamín B₁₂).

Rehabilitace

Je činnost, jejímž cílem je znovuobnovení fyzických, psychických, sociálních a pracovních schopností jedince, které byly sníženy v důsledku úrazu či onemocnění. Rehabilitace by měla být součástí léčby při onemocnění páteře, Rehabilitace používá různé techniky, které umožňují zlepšit pohybovou funkci svalů a kloubů. Je schopná zlepšit a urychlit léčebný proces pohybového aparátu a snížit až zcela odstranit bolesti svalů a kloubů (HART a kol., 2014).

CHIRURGICKÁ LÉČBA

V případě neúspěšné konzervativní léčby je pacientovi doporučena léčba chirurgická neboli operativní řešení. Úkolem operátora je zajistit vhodný operační přístup, minimální rizika a poranění nervů a cév.

Druhy operací:

- plánované operace – pacient přichází v co nejlepší kondici, přichází plánovaně se všemi předoperačními vyšetřeními, předoperační vyšetření musí být staré pouze 14 dní a mělo by obsahovat podrobnou anamnézu nemocného, EKG, RTG srdce a plíce, laboratorní vyšetření krve a moče, zubní vyšetření,
- akutní operace – provádí se do několika hodin od přijetí, lze provést alespoň některé předoperační vyšetření a uskutečnit alespoň krátkodobou předoperační přípravu,
- urgentní operace - jsou operace určené pacientům, kteří jsou ohroženi na životě, je provedeno jen základní vyšetření, předoperační příprava není žádná nebo je velice omezená.

Dělení operačních přístupů a technik:

- **zadní střední operační přístup** je nejpoužívanější přístup při operaci bederní páteře, pacient leží na operačním stole v poloze na břiše, pod pánví a hrudníkem má speciální gelovou a páteř je ve fyziologickém postavení,
- **zadní paramediální operační přístup** se provádí dvěma paralelními řezy v oblasti bederní páteře a roztrhnutím svalových skupin, tento přístup slouží k implantaci nefúzních dynamických systémů,
- **miniinvazivní operační přístup**, kdy se přes několik malých řezů zavádí šrouby, instrumentace a stabilizační tyče,
- **přední retroperitoneální operační přístup**, kdy je pacient uložen v poloze na zádech nebo do polohy na boku, kožní řez je veden přes dutinu břišní a proniká se do přední části bederní páteře, operačního přístupu se účastní i chirurg a důležité je věnovat zvýšenou pozornost z důvodu možnosti velkého krvácení (ŠRÁMEK a kol., 2015).

Předoperační příprava

Cílem předoperační přípravy je vytvořit pacientovi optimální podmínky ke zvládnutí operační zátěže a následné rekonvalescenci. Chirurgický zákrok je nutné provést tak, aby co nejméně narušil funkce organismu. Zákrok i volba anestezie by měli být vždy s ohledem na celkový stav nemocného. Předoperační příprava je ovlivněna načasováním operačního výkonu. Operace páteře jsou často spojeny s velkými ztrátami krve. Proto je nutné zajistit již dopředu nahrazení těchto velkých ztrát. **Alogenní transfuze** je podání krve od dárců, od cizího člověka, **autologní transfuze** je pacientova vlastní krev, kterou si nechá odebrat před zákrokem a během operace je mu podána (ŠRÁMEK et al., 2015).

Anesteziologické konzilium

Probíhá v anesteziologické ambulanci, součástí je vyplnění anesteziologického dotazníku. Anesteziolog seznámí pacienta s typem anestezie a naordinuje premedikaci. Pre-premedikace se podává večer před výkonem. Cílem je prožít klidnou noc bez stresové reakce (sedativa, hypnotika). Premedikace se podává v den operace před celkovou i místní anestezii. Dále zajistíme prevenci tromboembolického onemocnění (TEN) tím, že lékař předepíše pacientovi nízkomolekulární heparin (např. Clexane, Fragmin). První aplikace je podána vždy v den před operací a nadále každých 24 hodin do vertikalizace pacienta. Minimálně se však podává 6 dní.

Příprava pacienta k operačnímu výkonu sestrou

V den operace je pacientovi oholeno operační pole, poté je provedena hygiena. Během hygieny sestra připraví lůžko, tzv. prewarming. Po návratu nemocného ze sprchy je nemocnému zaveden PŽK a PMK, provedou se bandáže DKK a podají se intravenózní ATB jako prevence infektu. Pokud jde o reoperaci, podáváme kombinaci dvou ATB. V případě režimu diabetika se den před operací provádí glykemický profil a ráno v den operace se podává intravenózně vykrytá glukosa. Těsně před operací se nemocnému podá premedikace dle ordinace (JEDLIČKOVÁ et al., 2012).

PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

Nejlepší prevencí bolesti zad je dodržování základních ergonomických zásad při práci a denních činnostech a pravidelné cvičení. Je nezbytný i aktivní přístup k vlastnímu zdraví.

V rámci prevence bolesti zad je vhodné:

- změna zaměstnání,
- dietní opatření,
- dodržování pitného režimu,
- dostatek pohybu,
- provádět doporučené pravidelné cviky,
- omezit fyzickou námahu,
- využít lázeňských procedur dle ordinace lékaře,
- správné sezení (důležitá volba židle a pracovního stolu),
- vhodná zdravotní matrace a polštář pro spánek a odpočinek,
- správné držení těla,
- udržování dobré kondice,
- vhodné aktivity (cvičení na míči, plavání, jízda na kole, chůze),
- vhodná obuv (nevhodné jsou podpatky vyšší než 4 cm),
- správné zvedání břemen (většina se provádí se vzpřímenými zády, vyvarovat se dlouhému předklonu),
- neprochladnout,
- stát vzpřímeně,
- vyvarovat se stresu,
- každou novou změnu svého zdravotního stavu ihned hlásit svému ošetřujícímu lékaři.

Nejúčinnější prevencí bolesti bederní páteře je pravidelné cvičení. Pokud není možnost vyvarovat se dlouhému sezení (například v zaměstnání) je vhodné podkládat si bedra nejrůznějšími pomůckami (BARTOŠOVÁ a kol., 2008).

2.5 PROGNOZA

Asi 40 % pacientů po operaci bederní páteře trpí dále bolestmi zad. Polovina pacientů se rozhoduje pro další operativní řešení. Tito pacienti často končí v invalidním důchodu, upadají do depresí, dochází k poškození mezilidských a rodinných vztahů. Následkem nevydařené operace může být i rozvrat fungujícího života pacienta.

Prognóza je závislá na diagnóze a správné léčbě. Akutní bolesti mají prognózu dobrou. 90 % nemocných je do 2 - 3 měsíců bez bolesti. Operační léčba je úspěšná v 70 - 90 případech. Ve výjimečných případech může dojít k trvalé invaliditě nemocného.

Mezi **nepříznivé prognostické faktory** patří psychosociální faktory (nedostatečné uspokojení z práce), těžká manuální práce (práce ve stoje, sedavé zaměstnání), přetrvávající bolesti s vystřelováním do dolních končetin.

Mezi **příznivé prognostické faktory patří** vhodná spolupráce pacienta, dostatečná motivace k uzdravení, dobrá dostupnost péče, pacient během léčby nevyžaduje pracovní neschopnost.

Součástí příznivých prognostických faktorů je i prevence.

PRIMÁRNÍ PREVENCE

Cílená snaha o edukační program pro adolescenty a rizikové skupiny jako jsou např. lidé s poruchou držení těla.

SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Doporučuje se úprava pracovního a životního režimu s cílem minimalizovat přetěžování a upravit tělesnou hmotnost.

TERCIÁLNÍ PREVENCE

Vhodná motivace pacienta k aktivnímu přístupu během léčby a k návratu do kvalitního a aktivního života. (HART a kol., 2014).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PO OPERACI BEDERNÍ PÁTEŘE

Operace je zásah do těla pacienta. Cílem je vyléčit patologický stav, nebo vyšetřit pacienta.

3.1 PÉČE O PACIENTA PO OPERAČNÍM VÝKONU

Po skončení operačního výkonu nastává pooperační období. Pacient je uložen na dospávací pokoj, kde jsou mu měřeny fyziologické funkce. Pacienti, kteří jsou po operaci umístěni na ARO nebo JIP jsou ihned po operaci předáni na tato oddělení.

Pooperační péče zahrnuje kontrolu vitálních funkcí a péči o jejich stabilitu, zajištění vhodné polohy po operaci, léčbu bolesti, sledování operační rány a sledování odpadů z drénu, léčbu pooperační nauzey a zvracení, sledování diurézy, sledování střevní peristaltiky, prevence TEN, péče o invazivní vstupy, časnou mobilizaci a rehabilitaci.

KOMPLIKACE PO OPERACI BEDERNÍ PÁTEŘE

Ne všechny výsledky operativních výkonů na páteři jsou optimální, často dochází ke komplikacím. Pooperační komplikace jsou stavy, které vznikají v souvislosti s operací nebo s anestezií a narušují normální pooperační průběh. Dělí se na časně a pozdní.

Mezi nejčastější komplikaci na páteři patří infekce, k tomu má zabránit antibiotická profylaxe. Infekce může postihnout kteroukoli část operačního přístupu včetně páteřního kanálu. Mezi příznaky řadíme subfebrilii, febrilii, sekreci z rány, zhoršení subjektivních obtíží pacienta. Další možnou komplikací může být poranění nervových struktur. Ke komplikacím dochází častěji u pacientů, kteří již prodělali operaci na páteři. Další komplikací mohou být krvácivé projevy, které jsou spojeny s předním přístupem (ŠRÁMEK a kol., 2015).

Časné pooperační komplikace vznikají do 2 - 4 hodin po operaci a řadíme mezi ně:

- poruchy dýchání,
- poruchy kardiovaskulární,
- poruchy vědomí,
- pooperační nauzea,
- zvracení.

Pozdní pooperační komplikace nastávají v následujících dnech po operaci obvykle 4. - 5. den a řadíme mezi ně:

- renální komplikace,
- poruchy krvácení,
- alergické reakce,
- poruchy nervového systému,
- přetrvávání bolesti (Failedbacksurgery syndrom) v zádech nebo v dolních končetinách, které následuje po operaci páteře, bolest se objevuje při přímém poškození nervové tkáně, často jde o kompresi,
- poranění nervového kořene, kdy při poranění dochází k výpadku hybnosti a ztrátě citlivosti v dané oblasti,
- komplikace operační rány - infekce rány k tomu dejte něco z odstavce infekce rány Nejčastěji se podílejí na infekci mikrobiální původci nejčastěji Staphylococcus aureus (MRSA). Infekční rána je zarudlá, oteklá, proteplená a se sekrecí,
- rozestup operační rány, (dehistence) může být kompletní, inkompletní a vyžaduje okamžitou léčbu JEDLIČKOVÁ a kol., 2012).

Komplikace po operačních výkonech záleží na rozsahu a typu výkonu, použití instrumentace a na přítomnosti rizikových faktorů kdy mezi rizikové faktory z pohledu pacienta patří vysoký věk, obezita, DM, chemoterapie, dlouhodobé užívání kortikosteroidů, předcházející infekce, předchozí operce na páteři, alkoholismus, nikotinismus. Dále i operace, které trvají déle jak 3 hodiny a během nich došlo k velkým krevním ztrátám. Infekce se může vyskytnout akutně (během prvních dnů), ale i později po operaci (BÁRTA, 2014).

3.2 DODRŽOVÁNÍ REŽIMU A REHABILITAČNÍCH PRAKTIK JAKO PREVENCE ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA

Po operaci bederní páteře je nutné dodržovat 3 – 4 týdny šetřící režim. Po dobu 3 měsíce musí pacienti navštěvovat rehabilitačního pracovníka a nosit bederní pás nebo korzet. Pacienti jsou edukováni o správném sezení, předklonu.

MCKENZIE TERAPIE

Je terapeutická metoda vypracovaná speciálně pro pacienty s bolestmi zad. Je založená na autoterapii. Pacient je edukován k cílenému aktivnímu cvičení a režimovému opatření. Podstatou terapie je aktivní účast pacienta. Principem je testování opakovaných pohybů v různých polohách a směrech. Jedná se o statickou zátěž, terapií je nácvik správného držení těla. Smyslem této terapie je naučit pacienta, jak si může odstranit svoje bolestivé obtíže sám a jak může předcházet dalším bolestem.

BRÜGGERRŮV KONCEPT

Cílem terapie je poznání a zjištění rušivých faktorů, které omezují nemocného v pohybu (např. jizvy, otoky, těsné oblečení). Z pasivních procedur využívá zejména aplikaci horké role (lehká příčná masáž horkými ručníky), polohování, protahování, aplikace ultrazvuku. Z aktivních metod se využívá zejména nácvik všedních činností ve vzpřímeném držení těla, cvičení a terapeutická chůze.

FYZIKÁLNÍ TERAPIE

Využívá působení různých druhů zevní energie na organismus a součástí je:

- mechanoterapie - (UZV), k pasivním pohybům, podtlaku, přetlaku,
- termoterapie - koupele a zábaly,
- elektroterapie - nízkofrekvenční proudy, magnetoterapie,
- myorelaxační - (UZV), parafín.

MASÁŽE

Jsou pasivní procedura působící v oblasti měkkých tkání a pacientovi přináší úlevu (HART et al., 2014).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO OPERACI BEDERNÍ PÁTEŘE

Ošetřovatelský proces definujeme jako logický, systematický přístup ke komplexní péči o pacienty. Jeho cílem je prevence, zmírnění problémů či jejich odstranění v oblasti potřeb nemocného. Vychází z hodnocení potřeb nemocných (KELNAROVÁ a kol., 2009).

Ošetřovatelský proces byl vypracován u pacientky s bolestmi bederní páteře. Realizace ošetřovatelského plánu byla provedena v období od 18. 01. do 20. 01. 2016.

Pacientka navštěvovala neurologickou ambulanci pro neustálé bolesti bederní páteře. Od 02. 01. do 06. 01. 2015 byla hospitalizována na neurologickém oddělení k infuznímu přeléčení. V infúzích se podával Mesocain 1 % + Novalgin 5 ml + Guajacuran 1 ampulka. Podávalo se celkem 5 infúzí. Byl proveden i kaudální blok.

Pro neustálé bolesti zad a vystřelování bolesti do dolních končetin po zadní straně stehů a po neúspěšné analgetické léčbě byla pacientce doporučena stabilizace bederní páteře.

Po domluvě mezi pacientkou a lékařem z ortopedického oddělení byl pacientce přidělen termín k operaci. Nástup na ortopedické oddělení byl přidělen na 13.01.2016.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: H.S.	Pohlaví: žena
Datum narození: 1942	Věk: 73
Adresa bydliště: Znojmo	
Rodné číslo: XX	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: střední škola s výučním listem	Zaměstnání: důchodce
Stav: vdova	Státní příslušnost: Česká
Datum přijetí: 13.01.2016	Typ přijetí: plánovaný
Oddělení: Ortopedicko - traumatologické	Ošetřující lékař: MUDr. M.K.

Důvod přijetí udávaný pacientkou: nesnesitelné bolesti dolní části zad s vystřelováním bolestí do dolních končetin. Problémy při chůzi, bolest dolních končetin.

Medicínská diagnóza hlavní:

- stenosis spinalis centralis L3 – L5,
- spondylolistesis L4/L5, instabilitas L4/L5.

Medicínské diagnózy vedlejší:

- hypertenze,
- vředová choroba gastroduodena,
- vnitřní hemoroidy,
- DM 2. typu na PAD a dietě,
- obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií.

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ:

TK: 130/60 mmHg	Výška: 154 cm
P: 64/min	Hmotnost: 84 kg
DF: 24/min	BMI: 35,42
TT: 36,4 °C	Pohyblivost: zhoršená
Glykémie: 5,3 mmol/l	Krevní skupina: AB negativní
Stav vědomí: při vědomí, orientovaná	

Informační zdroje: K použitým informačním zdrojům patřil primárně rozhovor s pacientkou. Sekundárním zdrojem byly ambulantní, příjmové zprávy, ošetřovatelské záznamy.

ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: zemřela v 70 letech na CMP.

Otec: zemřel v 76 letech, pacientka udává, že měl problémy s plícemi.

Sourozenci: jedna sestra zemřela v 57 letech na CMP.

Děti: tři synové, dva zdraví, nejstarší syn má cukrovku od 34 let.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Hospitalizace: 1x (v roce 2007).

Úrazy: žádné vážnější úrazy neprodělala.

Nemoci: hypertenzní nemoc, DM 2 typu na PAD a dietě, vnitřní hemoroidy.

Transfuze: O.

Očkování: všechna povinná očkování v dětství, očkování proti tetanu v roce 2005 a proti chřipce v roce 2015.

Operace: v roce 2007 byla na plastice močového měchýře pro samovolný únik moči.

LÉKOVÁ ANAMNÉZA

NÁZEV LÉKU	ZPŮSOB PODÁNÍ	DÁVKOVÁNÍ	LÉKOVÁ SKUPINA
Bisoprolol 10mg	tbl.	1-0-0	Sympatolytika
Ramipril H	tbl.	1-0-0	Hypotenziva
Hipres 5mg	tbl.	1-0-0	Hypotenziva
Indap 2,5 mg	tbl.	1-0-0	Hypotenziva
Omeprazol 20 mg	tbl.	1-0-1	Antacida
Neurontin 300 mg	tbl.	1-1-1	Antiepileptika
DHC Continus 60mg	tbl.	1-0-1	Analgetika

ALERGOKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: "hradecká" injekce.

Potraviny: kiwi, banán.

Chemické láky: neguje.

Jiné: neguje.

ABÚZUS

Alkohol: příležitostně.

Kouření: 5 - 8 cigaret denně.

Káva: dvakrát denně bez mléka a cukru.

Jiné: neguje.

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menarché: od 14 let.

Porody: 3x bez komplikací.

UPT: neprodělala.

Menstruační cyklus: měla pravidelný, v trvání obvykle 7 dnů,

intenzita bolesti při menstruaci - první dny velmi silné krvácení s bolestmi v podbřišku, silné bolesti hlavy, které řešila analgetiky.

Antikoncepce: neužívala.

Menopauza: od 52 let.

Klimakterium - zdravotní potíže: bolesti hlavy, zvracení, nevolnost, silné bušení srdce a návaly horka.

Samovyšetření prsu: neprovádí.

Poslední gynekologická prohlídka: v prosinci 2015 v rámci předoperační přípravy.

Jinak gynekologického lékaře pravidelně nenavštěvuje.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: vdova, manžel zemřel v roce 2010 na CMP.

Bytové podmínky: bydlí u nejmladšího syna v rodinném domě.

Vztahy, role a interakce v rodině: pacientka bydlí u nejmladšího syna a jeho manželky. Spolu vycházejí celkem dobře. Prostřední syn s přítelkyní ji pravidelně navštěvují. Snaží se za ní jezdit i dvakrát do týdne. Nejstarší syn žije sám. Za matkou jezdí jedenkrát do týdne. Snaží se s ní pravidelně telefonovat. Pacientka měla jednu setru, která ji zemřela na CMP.

Záliby: nejdůležitější pro pacientku je rodina. Ráda čte knihy a časopisy. Z knih má nejraději romantické detektivky. Dříve ráda pletla a háčkovala. Ted už jí to moc nebaví. Ráda si posedí i s kamarádkou, která ji navštěvuje dvakrát do měsíce.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: střední škola s výučním listem.

Pracovní zařazení: nyní je ve starobním důchodu, dřív pracovala jako pomocná síla v kuchyni.

Vztahy na pracovišti: když pacientka pracovala, byla spokojena v zaměstnání, kolektiv byl velice dobrý.

Ekonomické podmínky: pobírá starobní důchod. Jelikož bydlí u syna s financemi problém nemá.

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: katolička, mše navštěvuje nepravidelně ze zdravotních potíží.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 18. 01. 2016

POPIS FYZICKÉHO STAVU – Fyzikální assessment		
Assessment	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	„Hlava a krk mě nebolí, někdy mívám bolesti hlavy, dříve bývali silnější.“	Hlava pokleповě nebolestivá, zornice isokorické, spojivky bez zarudnutí, nos bez sekrece, jazyk povleklý, plazí středem.
Hrudník a dýchací systém	„Dýchá se mi dobře, žádné problémy s dechem nemám, možná snad při chůzi do schodů se občas zadýchám.“	Symetrický, šelesti neslyšitelné, dýchání alveolární. 20 dechů/min.
Srdcově – cévní systém	„Bolest na hrudníku jsem nikdy neměla, s křečovými žilami se neléčím, užívám léky na tlak.“	TK 130/60 torrů, P: 64/min. Pravidelný, dobře hmatatelný.
Břicho a gastrointestinální trak	„Břicho mě nebolí, ale je tvrdé na pohmat, ale to bude tím, že jsem nebyla dlouho na stolici.“	Měkké, volně prohmatné, nebolestivé, bez patologických rezistencí.
Močový a pohlavní systém	„Problémy s močením jsem žádné neměla, teď po operaci mám zavedenou hadičku na čůrání, ale snad mi ji brzy vytáhnou.“	Moč bez příměsí a zápachu.
Kosterně svalový systém	„Bolí mě záda, ale to je po operaci. Bolest, která vystřelovala do noh už vymizela tak snad se operace zdařila. Ráda jsem chodila na procházky, ale bolesti mě v tom pak hrozně omezovaly, tak snad se zase vydám na procházku.“	Klouby ve fyziologickém postavení. Páteř sterilně krytá Aquacelem. DKK bez otoků. Varixy klidné, lýtka nebolestivá.

Nervově – smyslový systém	„Neurologa jsem navštěvovala dost často, ohledně bolesti zad, poté mi byla doporučena operace tak snad se vše zdařilo jak má. Brýle na čtení nosím, jinak je nepoužívám a sluch ten mám v pořádku.“	Pacientka je orientována místem, časem, osobou.
Endokrinní systém	„Léčím se s cukrovkou, le inzulín i píchat nemusím. Dodržuji jen dietu a užívám tabletky. Se štítnou žlázou se neléčím.“	Při příjmu byla pacientce změřena glykémie s hodnotou 5,3 mmol/l.
Imunologický systém	„Alergii na jídlo mám na kiwi a banán. Nikdy jsem nebyla více nemocná, občas jsem měla chřipku.“	TT 36, 4°C, lymfatické uzliny nezvětšené.
Kůže a její adnexa	„Kožní onemocněním jsem nikdy netrpěla.“	Končetiny jsou mírně oteklé, kůže je suchá. Na kůži se nevyskytují žádné otlaky ani dekubity. Vlasy jsou hnědé barvy, mírně prošedivělé. Nehty jsou upravené, krátce zastřižené. Pacientka má zavedený PŽK. 3.den na pravé ruce, M-0 bez projevu infekce.

	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vnímání zdraví	<i>„Své zdraví vnímám špatně, bolesti páteře mě omezují ve všech činnostech.“</i>	Pacientka měla asi 3 roky progredující bolesti bederní páteře. Zpočátku měla bolesti mírnější. Později se však bolesti zhoršovaly a začali vystřelovat do dolních končetin. Mezi její záliby patřila i práce na zahradě, kterou musela tímto onemocněním velice omezovat, až jí úplně přestala vykonávat. Paní je kuřačka. Alkohol pije pouze příležitostně, pouze při nějakých oslavách. Zdravý životní styl se dříve snažila více dodržovat. Nyní však jí na co má chuť a nijak se neomezuje. V dětství prodělala běžné dětské nemoci.
Výživa a metabolismus	<i>Doma: „Doma sem jedla pravidelně, jedla jsem, na co jsem měla chuť. Mám ráda ovoce a zeleninu snažím se ho jíst každý den.“</i>	Pacientka se v nemocnici stravuje 3x denně. Dietu má č. 9. Doma se stravovala častěji a jedla na co měla chuť. Jelikož má diabetickou dietu, snaží se jí trochu dodržovat. Ovoce a zeleninu se snaží jíst denně. Denně vypije cca 1,5 litru tekutin. Nejraději pije čaje a minerální vody
	<i>V nemocnici: „Po operaci jsem neměla tak velkou chuť k jídlu, jelikož jsem musela jíst v leže, protože jsem měla velké bolesti.“</i>	Body mass index (BMI) má měla pacientka 35,42 (při tělesné hmotnosti 84 kg a výšce 154 cm což značilo obezitu. Stav kůže byl normální, bez defektů rány se vždy hojili dobře. Chrup měla pacientka umělý, o který si pečovala sama. Vlasy měla řídké, ale upravené.

<p>Vylučování</p>	<p>Doma: „Doma jsem neměla žádné problémy s močením ani se stolicí. Nikdy jsem neužívala žádná projímadla.“</p> <p>V nemocnici: „V den operace mi zavedli hadičku na čurání, kterou mám do dnes, protože jsem se po jejím vytažení nemohla vymočit. Během hospitalizace jsem měla problémy s vyprazdňováním stolice. Po operaci jsem se nemohla vyprázdnit. Dávali mi projímavý sirup. Ten mi pomohl.“</p>	<p>V domácím prostředí neměla pacientka žádné problémy s vylučováním moči ani stolice. Stolice byla pravidelná, tvar i konzistence přiměřená. Projímadla žádné neužívala.</p> <p>Během hospitalizace měla problémy s vyprazdňováním stolice. Po operaci se nemohla vyprázdnit, proto bylo naordinováno lékařem podání projímadla. Byl jí naordinován Duphalac 20 ml / R. pacientka se vyprázdnila až druhý den po podání projímadel. Během dalších dní hospitalizace se vyprazdňování stolice upravilo.</p> <p>Před operací páteře byl pacientce zaveden permanentní močový katétr. Ten jí byl vytažen 4. den od operace, ale pacientka trpěla retencí, proto na doporučení lékaře z urologie jí byl permanentní močový katétr znovu zaveden.</p>
<p>Aktivita a cvičení</p>	<p>Doma: „Dříve jsem chodila ráda na procházky s kamarádkou. Později se bolesti stále zhoršovaly a záda mě bolela při každém kroku.“</p> <p>V nemocnici: „Ted po operaci, mi musí se vším sestřičky pomáhat. Umývají mě na lůžku a jídlo mi nosí také k lůžku. Dochází za mnou paní, která se mnou cvičí.“</p>	<p>Pacienta dříve ráda chodila na procházky a ráda pracovala na zahradě. Později se však její problémy tak zhoršili, že nemohla vykonávat žádnou z těchto činností. Také velice ráda pletla a háčkovala, ale to už jí nebaví. Kamarádka, která ji navštěvovala s ní chodila na krátké procházky. Ty v posledních měsících museli úplně omezit, protože pacientku trápili hrozné bolesti dolních končetin. Dříve byla pacientka soběstačná, později potřebovala malou pomoc při běžných denních činnostech.</p> <p>Po operaci byla pacientka nesoběstačná. Hygiena byla provedena na lůžku. Jídlo pacientka dostala také k lůžku. Druhý den po operaci byla pacientka mobilizována a začalo rehabilitační cvičení</p>

Spánek a odpočinek	<i>Doma: „Doma mě žádné problémy nedoprovázely. Léky na spaní jsem nebrala.</i>	Doma neměla pacientka žádné problémy s usínáním. Chodívala spát kolem 22. hodiny. Před spaním sledovala televizi.
	<i>V nemocnici: „Tady spím špatně, léky na spaní mi nepomáhají. Těším se na svoji postel a na mé oblíbené seriály v televizi, které tady nemám možnost shlédnout.“</i>	Během hospitalizace nastaly problémy se spánkem z důvodu bolesti po operaci a z důvodu změny prostředí. Pacientka se často budila, užívala hypnotika. Průměrně za noc spala 5 hodin.
Vnímání a sebepoznání	<i>V nemocnici: „Dnes je 17. 1. a já jsem na ortopedii v nové nemocnici v devátém patře.</i>	Pacientka je orientovaná místem, časem i osobou. S ošetřujícím personálem komunikuje. Působí klidně.
Sebepojetí, sebeúcta	<i>V nemocnici: „ Jsem optimista a doufám, že vše dopadne dobře.“</i>	Pacientka i přes velké bolesti působí klidně. Velikou oporou je její syn, který jí velmi často navštěvuje.
Role mezilidské vztahy	<i>„Bydlím u syna a jeho ženy, mám s nimi velmi krásný vztah. „</i>	Pacientka bydlí u nejmladšího syna a jeho manželky. Bydlí společně v rodinném domě. Ostatní synové jí pravidelně navštěvují. Jelikož je pacientka v důchodě nemusí řešit problémy se zaměstnáním.
Sexualita	<i>„Po smrti mého manžela již nejsem sexuálně aktivní.“</i>	Menstruaci měla pravidelnou od 14 let, trvala jí 7 dní. Během menstruace měla silné bolesti hlavy, které léčila analgetiky. Pacientka měla 3 porody. Má tři syny. Během sexuálního života byla uspokojena. Menopauzu má od 52 let. Během menopauzy měla silné bolesti hlavy s nechutenstvím a nauzeou. Objevili se u ní i depresivní nálady, které byli řešeny n psychiatrické ambulanci.

Stres	<i>Doma: „Nejtěžší situací pro mě byla ztráta mého manžela.“</i>	Menší stresové situace, nebo problémy si řeší sama. Při větším problému či rozhodnutí má oporu v synech. Velmi jí při řešení problémů a vyrovnání se s nimi pomáhají procházky.
	<i>V nemocnici: „Nejvíce jsem měla strach, že se operace nepovede a já už nebudu moct chodit.“</i>	Pacientka se nejvíce obávala, jak dopadne operace. Nejvíce jí trápilo, jak operace dopadne a zda po operaci bude moct normálně chodit.
Víra	<i>Doma: „Do kostela jsem chodila pravidelně každou neděli. Jak začaly problémy se zády, přestala jsem chodit do kostela.“</i>	Pacientka je křesťanka. Dříve se snažila pravidelně navštěvovat kostel. Poté jak nastaly bolesti, už kostel nenavštěvovala. Za největší hodnoty považuje zdraví a svoji rodinu.
	<i>V nemocnici: „Sestřičky mi nabídly službu nemocničního kaplana.“</i>	

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT: ze dne 19. 01. 2016

Ordinovaná vyšetření:

Vyšetření krve (hematologického vyšetření) – 16. 01. 2016

Hemoglobin	122 g/l
Erytrocyty	$3,95 \times 10^{12}/l$

U pacientky po operaci bederní páteře se odebírala krev každé 3 dny, kvůli možné pooperační ztrátě (kontrola erytrocytů a hemoglobinu).

Datum	Hemoglobin	Erytrocyty
27. 1. 2016	119 g/l	$3,86 \times 10^{12}/l$
29. 1. 2016	124 g/l	$4,08 \times 10^{12}/l$
2. 2. 2016	125 g/l	$4,11 \times 10^{12}/l$

Na oddělní se odpoledne převázala rána, která byla klidná a redony, které odváděly, byly ještě ponechány.

Konzervativní léčba:

Výživa: per os

Dieta: 9 (diabetická)

Pohybový režim: konal se z rehabilitační sestrou na oddělení.

Poté za pacientkou přišla rehabilitační sestra, která nasadila pacientce bederní pás a postupně začala paní vertikalizovat.

Medikamentózní léčba

K běžné farmakologické terapii byly lékařem doordínovány léky:

NÁZEV LÉKU	ZPŮSOB PODÁNÍ	DÁVKOVÁNÍ	LÉKOVÁ SKUPINA
Kalnormin	tbl.	1-0-0	Vitamin
Tralgit 100mg	tbl.	1-0-1	Analgetika
Paramegal 500 mg	tbl.	2-2-2	Analgetika
Novalgín 2ml	i.v.	podle potřeby	Analgetika
Neurol 0,25 mg	tbl.	1-0-1	Anxiolytika
Clexane 0,6 ml s.c.	s.c.	1x denně	Antikoagulancia
Gentamicin 240 mg	i.v.	8: ⁰⁰	Antibiotika
Azepo 1 gr.	i.v.	6: ⁰⁰ -14: ⁰⁰ -22: ⁰⁰	Antibiotika
Manitol 15%	i.v.	1x denně á 5dnů	Infundabilia
Dolsin 50 mg	s.c.	6: ⁰⁰ -12: ⁰⁰ -18: ⁰⁰ -24: ⁰⁰	Analgetika opiátového typu

Pacientce byl odstraněn permanentní močový katétr 4. den po operaci, byla důkladně poučena o nutnosti vymočení se. Pacientka se nemohla vymočit ani po 8 hodinách od odstranění, proto byl znovu zaveden PMK a bylo naordinováno urologické vyšetření.

Pacientce byla lékařem doporučena následující medikace:

Ubretid 1 tbl. /den, PMK ponechat, urologická kontrola za týden.

Ošetřující lékař odstranil pacientce redonovy drény 5. den po operaci. Konečky drénů byly poslány na K+C vyšetření, výsledek byl negativní.

Po odstranění redonových drenáží byl pacientce proveden RTG páteře pro kontrolu postavení šroubů.

SITUAČNÍ ANALÝZA: ze dne 13. 01. 2016

Prvním krokem hospitalizace pacientky je vstupní lékařské vyšetření. Spočívá v rozboru anamnézy (rodinná zátěž, předchozí onemocnění, úrazy, seznam léků, operace, alergie,..) a kompletního klinického vyšetření cíleného na pohybový aparát. Pacientce je vysvětlena podstata operace a její možné komplikace. Lékař anesteziologického oddělení seznámí pacientku s možnostmi anestezie. Součástí je nutné podepsat souhlas s hospitalizací, s provedením operace a s celkovou anestézií. Lékař předepíše pacientce medikaci, kterou má naordinovanou od svého praktického lékaře a doordínuje léky k prevenci hluboké žilní trombózy a antibiotika, která jsou pacientovi podána nitrožilně z důvodu prevence infekce těsně před vlastním operačním výkonem. Sestra pacientce odebere krev na krevní skupinu, kvůli možným komplikacím na operačním sále a nutnosti podání krevního přípravku. Večer před operací sestra pacientce vysvětlí předoperační přípravu. Nutnost lačnění od půlnoci. Nejíst, nepít, nekouřit. Dále jí poučí o subkutánním aplikování Clexane a vysvětlí jí nutnost podání klyzmatu.

Večer je pacientce podáno klyzma k důkladnému vyprázdnění tlustého střeva. Při rozdávání večerních léků je pacientce podán Diazepam 10mg 1 tableta. Před převozem na operační sál je pacientka vyhřívána na speciální podložce (prewarming). Tento způsob umožňuje lékařům lepší přístup do rány a také slibuje menší ztráty krve. Pacientce je zaveden permanentní močový katétr a permanentní žilní katétr pro podání antibiotik. Poté se pacientce aplikuje tzv. premedikace. Pacientce je podán Dolsin 100 miligramů a Degan 1 ampule intramuskulárně.

Vlastní operace pacientky proběhla v celkové anestezii s intubací a řízenou ventilací. Poloha pacientky je na břicho s podloženým hrudníkem a pánví. Hlava je uložena ve speciální podložce. Během celé operace se sleduje TK a P, EKG, saturace O₂ a plicní ventilace pacientky. Během operace se provádí několikrát RTG. Operace trvala 180 minut.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA DOMÉN A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Akutní bolest (00132)
2. Deficit sebeděže při hygieně (00108)
3. Zhoršení tělesná pohyblivost (00085)
4. Narušená integrita tkáně (00044)
5. Retence moči (00023)
6. Zácpa (00011)
7. Deficit sebeděže při stravování (00102)

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Riziko infekce (00004)
2. Riziko poruchy spánku (00198)
3. Riziko pádů (00155)

Diagnóza č. 1:

AKUTNÍ BOLEST z důvodu vzniklé operační rány (00132)

Doména 12: komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční prožitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození (Mezinárodní asociace pro výzkum bolesti). Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, lze předvídat odeznění po době kratší než 6 měsíců.

Priorita: Vysoká

Výsledná kritéria:

- Pacientka umí hodnotit intenzitu bolesti.
- Pacientka udává dle numerické škály bolesti číslo 1-5.
- Pacientka dodržuje předepsaný farmakologický režim.

Plán intervencí:

- Pomocí stupnice od 0 do 10 určete, nakolik je pacient schopen bolest akceptovat, pacientka umí hodnotit stupeň bolesti. -Všeobecná sestra
- Proveďte důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, nástupu/trvání, četnosti, závažnosti. - Všeobecná sestra
- Posuďte možné patofyziologické/psychologické příčiny bolesti. - Všeobecná sestra
- Pozorujte neverbální projevy. - Všeobecná sestra
- Pečujte o pohodlí nemocného (namazání zad, změny polohy, aplikace tepla/chladu). -Všeobecná sestra
- Podávejte analgetika dle ordinace lékaře a sledujte jejich účinek. -Všeobecná sestra
- Všimněte si, kdy se bolest dostavuje (např. pouze při chůzi, ráno, večer). -Všeobecná sestra

Realizace ze dne 18. 01.2016

09:30 Pacientka přeložena z ARO oddělní. Cítí se dobře.	- Sestra
11:00 Pacientka si stěžuje na bolesti operační rány, hodnotí dle škály bolesti č. 7, pacientce aplikován Novalgin do 2 ml 100ml FR i.v..	-Sestra
11:30 Pacientka se cítí lépe, intenzita bolesti se zmírnila na číslo 4.	- Sestra
12:00 Pacientce aplikován Dolsin 50 mg s.c..	- Sestra
12:30 Pacientce podán Paramegal 500mg 2 tbl..	- Sestra
13:00 Pacientce změřeny fyziologické funkce, TK-130/85 mmHg, P-76/min.	- Sestra
15:00 Pacientka se cítí dobře.	
18:00 Pacientce aplikován Dolsin 50 mg s.c..	- Sestra
20:00 Pacientka je klidná, čte si knihu.	
22:00 Kontrola pacientky, spí.	-Sestra
24:00 Pacientce aplikován Dolsin 50 mg s.c..	- Sestra

Realizace ze dne 19. 01.2016

06:00 Pacientce aplikován Dolsin 50mg. s.c..	- Sestra
07:30 Pacientce podán Paramegal 500mg 2 tbl. a Tralgit 100mg. 1 tbl..	- Sestra
09:00 Pacientce změřeny FF, TK - 130/90 mmHg, P - 72/min. Zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.	- Sestra
10:00 Pacientka hodnotí bolest intenzitou č.2, medikaci nevyžaduje.	- Sestra
12:00 Pacientce aplikován Dolsin 50 mg. s.c..	- Sestra
12:30 Pacientce podán Paramegal 500mg. 2 tbl..	- Sestra
14:00 Pacientce změřeny fyziologické funkce, TK - 130/85 mmHg, P - 73/min. Zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.	- Sestra
15:00 Pacientka se cítí dobře, medikaci nevyžaduje.	- Sestra
18:00 Pacientce aplikován Dolsin 50. mg s.c..	- Sestra
20:00 Pacientka je klidná, chystá se ke spánku.	
21:40 Kontrola pacientky, pospává.	-Sestra
24:00 Pacientce aplikován Dolsin 50 mg. s.c. a pacientka usnula.	- Sestra

Realizace ze dne 20. 01.2016

06:00 Pacientce aplikován Dolsin 50mg. s.c..	– Sestra
07:30 Pacientce podán Paramegal 500mg. 2 tbl., Tralgit 100mg 1 tbl..	– Sestra
08:30 Pacientce změřeny FF, TK - 115/70 mmHg, P-68min. Zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.	– Sestra
10:00 Pacientka si stěžuje na bolest. Intenzita bolesti č. 7.	– Sestra
10:15 Pacientce aplikován Novalgin 2 ml i.v..	– Sestra
11:00 Bolesti se zmírnily, intenzita bolesti číslo 4.	– Sestra
12:00 Pacientce aplikován Dolsin 50 mg s.c..	– Sestra
12:30 Pacientce podán Paramegal 500mg 2 tbl..	– Sestra
13:00 Pacientce změřeny fyziologické funkce, TK-125/75 mmHg, P-69/min. Zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.	– Sestra
15:00 Pacientka vyžaduje analgetika, stěžuje si na bolest. Intenzita bolesti č. 5	– Sestra
15:30 Pacientce aplikován Novalgin 2 ml i.v..	– Sestra
16:00 Bolesti se zmírnily. Intenzita bolesti je na čísle 3.	– Sestra
18:00 Pacientce aplikován Dolsin 50 mg s.c..	– Sestra
20:00 Pacientka je klidná.	
21:40 Pacientka nemůže, usnout z důvodu bolesti. Vyžaduje analgetika.	– Sestra
22:00 Pacientce aplikován Novalgin 2 ml. i.v..	– Sestra
24:00 Pacientce aplikován Dolsin 50 mg. s.c..	– Sestra

Hodnocení po třech dnech:

Pacientka hodnotí bolest dle stupně 0-10 jako číslo 4. Pacientce jsou nadále aplikovány analgetika dle ordinace lékaře. Pacientka se cítí lépe, bolesti však ani po analgeticích zcela nevymizí, zejména v oblasti bederní páteře.

Cíl byl splněn.

Diagnóza č. 2:

DEFICIT SEBEPÉČE PŘI HYGIENĚ z důvodu poruchy mobility (00108)

Doména 4: Aktivita/ odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Porucha schopnosti najíst se, umýt se, provádět osobní hygienu, obléci a upravit se a pečovat o vyprazdňování (dočasná, trvalá nebo progresivního charakteru)

Priorita: Vysoká

Výsledná kritéria:

- Provádět péči o sebe sama na úrovni svých schopností.
- Projevit znalost, jak pečovat o zdraví.
- Naučit se novému způsobu tak, aby byly splněny potřeby péče o sebe sama.

Plán intervencí:

- Zajistit pacientce soukromí. -Všeobecná sestra
- Zajisti všechny pomůcky k lůžku. -Všeobecná sestra
- Poskytni pacientce dostatek času. -Všeobecná sestra
- Zajisti pacientce bezpečnost. -Všeobecná sestra
- Snaž se pacientku co nejvíce zapojovat do péče. -Všeobecná sestra

Realizace ze dne 18. 01.2016

- 09:30 Pacientka přeložena z ARO oddělení. Cítí se dobře. – Sestra
- 10:00 Pacientce promazány DKK tělovým mlékem, úprava lůžka. – Sestra
- 18:30 Pacientce provedena hygienická péče na lůžku za účasti všeobecné sestry. Promazání dolních končetin tělovým mlékem. Hygiena dutiny ústní. Pacientka se aktivně zapojuje. – Sestra

Realizace ze dne 19. 01. 2016

07:00 Pacientce provedena celková hygienická péče na lůžku za účasti všeobecné sestry. Pacientka má učesané vlasy, umytou dutinu ústní, promazané dolní končetiny tělovým mlékem, výměna ložního a osobního prádla dle potřeby. Pacientka se aktivně zapojuje. Vrchní část těla si zvládá umýt sama. – Sestra

10:00 Pacientce promazány DKK tělovým mlékem. – Sestra

18:30 Pacientce provedena hygienická péče na lůžku za účasti všeobecné sestry. Promazání dolních končetin tělovým mlékem. Hygiena dutiny ústní. Pacientka se aktivně zapojuje. – Sestra

Realizace ze dne 20. 01.2016

07:00 Pacientce provedena hygienická péče za účasti všeobecné sestry. Pacientka má učesané vlasy, umytou dutinu ústní, promazané dolní končetiny tělovým mlékem, výměna ložního a osobního prádla dle potřeby. Pacientka se aktivně zapojuje. Zvládá se částečně umýt u umyvadla. – Sestra

10:00 Pacientce promazány DKK tělovým mlékem, pacientka je spokojená. – Sestra

18:30 Pacientka vyžaduje pouze doprovod k umyvadlu a umytí DKK a zad. Je spokojená. – Sestra

Celkové hodnocení

- Pacientka zvládá péči o sebe sama v rámci svých možností a schopností.
- Pacientka se aktivně zapojuje do hygienické péče.
- Kůže pacientky je hydratovaná.
- Pacientka se cítí dobře.

Cíl byl splněn.

Diagnóza č. 3:

ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST z důvodu pooperačního stavu (00085)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka se aktivně zapojuje do všech činností.
- Pacientka má zachovanou kožní integritu bez dekubitů a opruzenin.
- Pacientka má zajištěnou bezpečnost na lůžku i při pohybu.

Plán intervencí:

- Posuď intenzitu bolesti a naslouchej pacientce, jak bolest vnímá.
- Všeobecná sestra
- Urči stupeň nepohyblivosti pacientky.
- Všeobecná sestra
- Zhodnot' stav výživy pacientky.
- Všeobecná sestra
- Pečuj o kůži pacientky.
- Všeobecná sestra
- Všímej si možných různých komplikací v důsledku nepohyblivosti pacientky.
- Všeobecná sestra
- Dbej na bezpečnost a prevenci pádu.
- Všeobecná sestra
- Zajisti včasnou rehabilitaci.
- Všeobecná sestra

Realizace ze dne 18. 01.2016

09:30 Pacientka přeložena z ARO oddělení. Cítí se dobře. – Sestra
10:30 Pacientku navštívila rehabilitační sestra. Pacientce byly procvičeny DKK.
Pacientka byla poučena o nutnosti nošení bederního pásu. – Sestra
14:30 Pacientka byla pod dohledem postavena s chodítkem u lůžka, chvíli vydržela stát.
- Fyzioterapeut

Realizace ze dne 19.01.2016

07:00 Pacientce provedena celková hygienická péče na lůžku za účasti všeobecné sestry. Pacientka se aktivně zapojuje. – Sestra
10:00 Pacientce promazány DKK tělovým mlékem, kůže je hydratovaná. – Sestra
11:00 Pacientka byla s pomocí rehabilitační sestry postavena u lůžka. – Sestra
18:30 Pacientce provedena hygienická péče na lůžku za účasti všeobecné sestry. Pacientka se aktivně zapojuje. – Sestra

Realizace ze dne 20. 01.2016

07:00 Pacientce provedena hygienická péče za účasti všeobecné sestry. Pacientka se aktivně zapojuje, zvládá se částečně umýt u umyvadla. – Sestra
10:00 Pacientce promazány DKK tělovým mlékem, pacientka je spokojená. - Sestra
11:00 Pacientka zvládá chůzi o chodítku za doprovodu. - Fyzioterapeut
18:30 Pacientka vyžaduje doprovod k umyvadlu, zvládá hygienickou péči. - Sestra

Celkové hodnocení:

- Pacientka se aktivně zapojuje do všech činností.
- Pacientka zvládá péči o sebe sama v rámci svých možností a schopností.
- Pacientka zvládá chůzi o chodítku s doprovodem.
- Kůže pacientky je dostatečně hydratovaná, bez známek opruzenin a dekubitů.
- Pacientka má zajištěnou bezpečnost při pohybu.

Cíl byl splněn.

CELKOVÉ HODNOCENÍ A PROPUŠTĚNÍ PACIENTKY DO DOMÁCÍHO LÉČENÍ

Druhý pooperační den je pacientka přeložen zpět na standardní ortopedické oddělení, jsou ji odstraněny Redonovy drény z operační rány, prováděny pravidelné převazy dle ordinace lékaře a pacientka je postupně vertikalizována.

Po operaci je pacientka z operačního sálu přeložena na lůžko intenzivní péče ARO, kde je komplexně sledována. Pacientce jsou po operaci podávána antibiotika Azepo 1 gram intravenózně po dobu 5 dnů, 15 % Manitol intravenózně po dobu 5 dnů k prevenci edému a 100 ml FR s 1 ampulí Dicynone intravenózně k prevenci pooperačního krvácení a ostatní předepsané léky perorálně.

Pacientka byla přeložená na rehabilitační oddělení 02.02.2016. Dne 26.02.2016 byla pacientka z RHB oddělení přeložena zpět na ortopedické oddělení, kde cvičila pro stabilizaci páteře. Vzhledem k předoperačnímu stavu udává zlepšení. Vzdálenost chůze se zvýšila ze 3 na 100 metrů, původní bolesti do dolních končetin se zmírnily, končetiny jsou pevnější, než před operací. Pacientka byla přijata k doplnění přední opory segmentu L4, L5. Operace proběhla 29.02.2016 bez komplikací.

Dne 15.03.2016 byla pacientka propuštěna do domácí péče. Pacientka musí dodržovat předepsaný režim chůzi o berlích s korzetem po dobu tří měsíců.

4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě informací, které jsem zjistila o onemocnění bolesti bederní páteře jsem stanovila doporučení pro pacienta, rodinné příslušníky a zdravotnický personál.

Doporučení pro pacientku

- Zdravý životní styl
- Správné držení těla
- Změna povolání, pokud to není možné zajistit si během dne cvičení a protažení těla
- Dostatek pohybu a vhodného cvičení
- Zajistit si vhodnou obuv
- Správná životospráva (snažit se neprochladnout)
- Vyvarovat se stresu
- Naučit se jak správně zvedat břemena
- V nemocnici i v domácím prostředí dodržovat léčebný režim
- Při jakýchkoliv problémech informovat zdravotní sestru nebo lékaře
- Při bolesti si říct o analgetika
- Začít brzy rehabilitovat

Doporučení pro rodinné příslušníky

- Zjistit si všechny informace o tomto onemocnění
- Snažte se pacientce dát odvalu a povzbuzujte jí
- Po návratu z nemocnice se jí snažte navrátit do běžného života

Doporučení pro zdravotnický personál

- Vyslechněte vždy pacientku
- Ke každému pacientovi přistupujte individuálně
- Buďte pacientovi oporou
- Ved'te pacientku k sebeděči a vždy když je potřeba dopomáhejte
- Vhodně informujte rodinu

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na onemocnění bolesti bederní páteře. Onemocnění bederní páteře patří mezi velmi časté onemocnění, se kterými přichází pacienti k lékaři. Toto onemocnění je i jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti a léčení je dlouhodobé. Jelikož pracuji na ortopedickém oddělení, tak se s touto diagnózou často setkávám.

Páteř je orgánem, bez kterého bychom nezvládli žádný pohyb. Páteř napomáhá člověku při chůzi, při pohybu, ale také chrání míchu.

Bolesti bederní páteře často patří mezi civilizační onemocnění, s bolestmi páteře se stále častěji setkávají již mladí lidé. Počet nemocných stále stoupá.

Mezi nejdůležitější léčbu patří zahájení včasné rehabilitace a dodržování preventivních opatření.

Pokud konzervativní léčba nevede řadu měsíců ke zlepšení, je nemocnému navrženo chirurgické řešení.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit co nejvíce informací o tomto onemocnění, správně vytvořit ošetrovatelský proces a stanovit ošetrovatelské diagnózy. Cíl se podařilo splnit.

U vybrané pacientky bylo v období hospitalizace stanoveno celkem 10 ošetrovatelských diagnóz. Diagnózy byly seřazeny podle priorit.

Bakalářská práce by mohla být pomocným materiálem pro praxi a může sloužit zdravotnickému personálu jako ukázka nebo příklad, jak provádět ošetrovatelské úkony pro uspokojení potřeb pacienta k danému onemocnění.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BEZDIČKOVÁ, Marcela a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3130-8.

BUCHTELOVÁ, Eva. *Fyzioterapie v traumatologii a ortopedii*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta zdravotnických studií, 2014. ISBN 978-80-7414-728-9.

ČECH, Oldřich (ed.). *Historie československé, české a slovenské ortopedie*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-629-8.

ČECH, Oldřich (ed.). *History of the Czechoslovak, and the Czech and Slovak orthopaedics*. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7492-055-4.

G. CALVOSA, G. DUBOIS, G. Calvosa, G. Dubois a M. Tenucci WITH CONTRIBUTION. *Rehabilitation in the dynamic stabilization of the lumbosacral spine*. Heidelberg: Springer, 2008. ISBN 9783540738015.

HART, Radek. *Degenerativní onemocnění páteře*. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-067-7.

HEJNAROVÁ, Eva a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3601-3.

HERDMAN, T. Heather (ed.). *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2012-2014 = Nursing diagnoses : definitions and classification : 2012-2014*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

HRABÁLEK, Lumír. *Chirurgie předních přístupů a náhrad meziobratlových plotének hrudní a bederní páteře*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4155-9.

CHALOUPKA, Richard. *Vybrané kapitoly z LTV v ortopedii a traumatologii*. Brno: Vydavatelství IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-341-4.

JANÍČEK, Pavel. *Ortopedie*. 3., přeprac. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5971-9.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.

JINDROVÁ, Barbora, Martin STRÍTESKÝ a Jan KUNSTÝŘ. *Praktické postupy v anestezii*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3626-6.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2830-8.

KOČIŠ, Ján a Peter WENDSCHE. *Poranění páteře*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-846-9.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Bolest - její diagnostika a psychoterapie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. Knižnice Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze. ISBN 80-7013-130-6.

MAITLAND, Jeffrey. *Jednoduchá terapie páteře: manuál technik měkkých tkání*. Olomouc: Fontána, 2014. ISBN 978-80-7336-764-0.

MCKENZIE, Robin. *Léčíme si záda sami*. 2., přeprac. vyd. Překlad Simona Šeclová, Eva Nováková. [Praha: McKenzie Institute Czech Republic], 2011. ISBN 978-80-904693-1-0.

MÜLLER, Ivan a Petr HERLE. *Ortopedie: pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2010. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-86307-92-3.

NĚMCOVÁ, Jitka, SYSEL, Dušan a Eva MARKOVÁ (eds.). *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 3. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00, 2015. ISBN 978-80-904955-9-3.

REPKO, Martin. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-549-5.

RYCHLÍKOVÁ, Eva. *Bolesti v kříži: průvodce diagnostikou, diferenciální diagnostikou a léčbou pro praktické lékaře*. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-273-5.

RYCHLÍKOVÁ, Eva. *Manuální medicína: průvodce diagnostikou a léčbou vertebrogenních poruch*. 4., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2008. Jessenius. ISBN 978-80-7345-169-1.

SMÍŠEK, Richard, Kateřina SMÍŠKOVÁ a Zuzana SMÍŠKOVÁ. *Spirální stabilizace: 12 základních cviků : léčba a prevence bolestí zad metodou SM-systém : funkční stabilizace a mobilizace páteře*. Praha: R. Smíšek, 2009. ISBN 978-80-904292-0-8.

ŠRÁMEK, Jiří. *Chirurgická léčba degenerativního postižení bederní páteře*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5362-1.

VÉLE, František. *Vyšetření hybných funkcí z pohledu neurofyzologie: příručka pro terapeuty pracující v neurorehabilitaci*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-608-1.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2009. Jessenius. ISBN 978-80-7345-202-5.

WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3754-6.

ČLÁNKY A ČASOPISY

STENDHAL. *Deník: výbor z deníkových zápisků z let 1801-1842*. Praha: Odeon, 1976.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Bolí mě záda [online]. [cit. 2016-05-10]. Dostupné z: <http://bolimezada.blog.cz/1303/prevalence-nemoci>

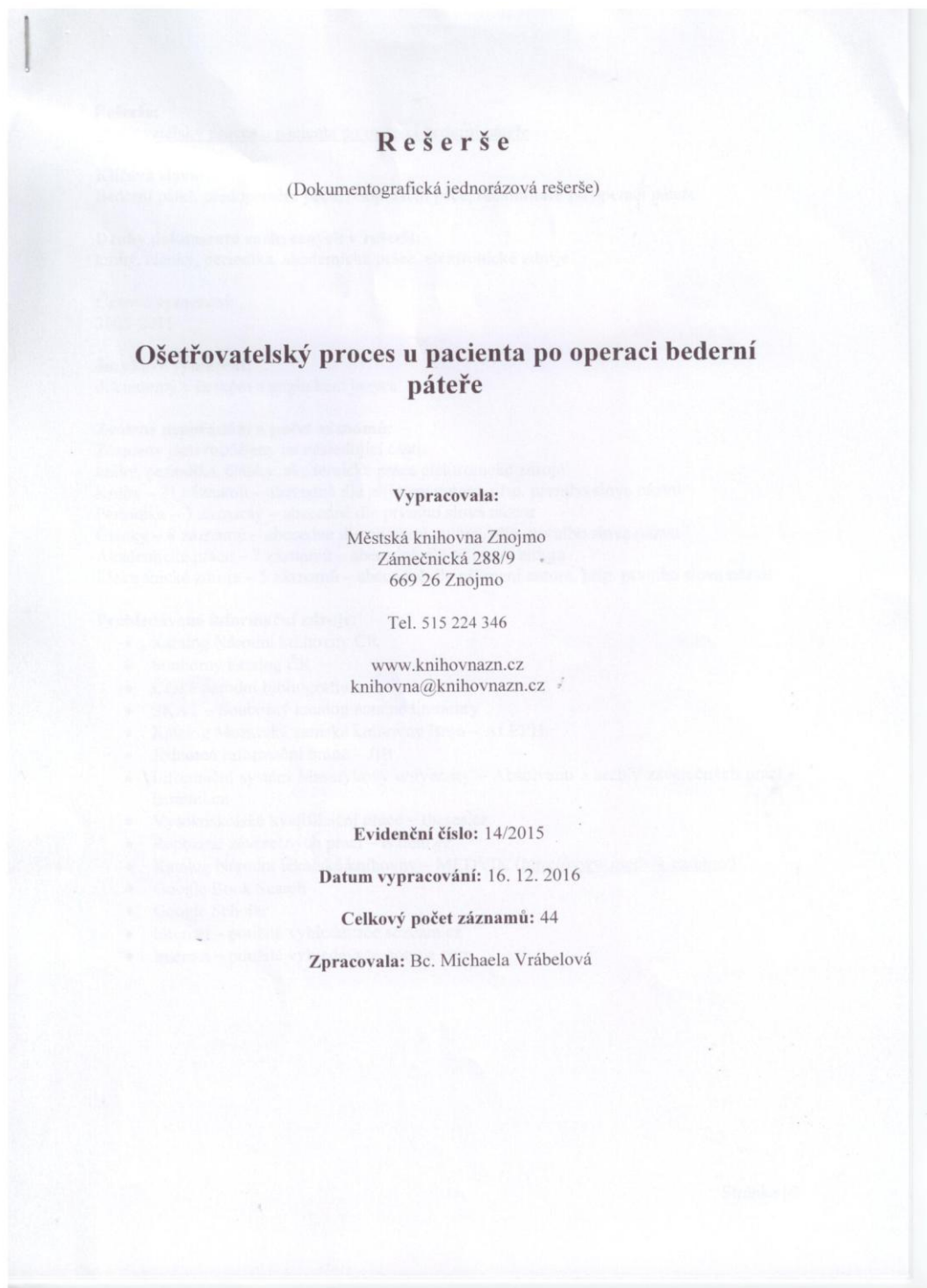
Medlicker [online]. [cit. 2016-05-10]. Dostupné z: <http://cs.medlicker.com/22-bolesti-bederni-patere-priciny-projevy-prevence-a-cviceni>

Soustava cviků při vertebrogenních potížích v oblasti bederní páteře [online]. [cit. 2016-05-10]. Dostupné z: <http://amb-mudrmaurer.cz/rehabilitace/soustava-cviku-pri-vertebrogennich-potizich-v-oblasti-bederni-patere>

PŘÍLOHY

Příloha A:	Úvodní list řešerše	I
Příloha B:	Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práci	II
Příloha C:	Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce	III
Příloha D:	Rehabilitační cvičení	IV
Příloha E:	Souhlas s operací bederní páteře	VI

Příloha A: Úvodní list rešerše



Příloha B: Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

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



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

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

Příjmení a jméno studenta	Lenka Klemková, DiS.	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3. VSV
Téma práce	Ošetřovatelský proces u pacientky po operaci bederní páteře	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Nemocnice Znojmo, p.o. MUDr. J. Janského 11 669 02 Znojmo <i>ORT 930</i>	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Marcela Rybová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci ošetřovatelského procesu	<input type="radio"/> Ošetřovatelský proces <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetřovatelskou péči <i>PhDr. Jana VACKOVÁ</i>	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	

Ve Znojmě 18.4.2016

Klemková
.....
podpis studenta

Nemocnice Znojmo,
příspěvková organizace
MUDr. Miroslav KAVKA, MBA - ředitel
MUDr. Jana Janského 11, 669 02 Znojmo

Příloha C: Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

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

V Praze dne 31. 5. 2016

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha D: Rehabilitační cvičení

Po operaci bederní páteře se cvičí několikrát denně, pomalu a tahem. Při cvičení nezadržujeme dech. Každý cvik by se měl opakovat 5-10x.

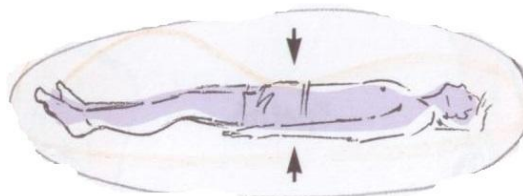
Leh na zádech

Ležíme v základní poloze (ZP)- na zádech, paže podél těla, nohy u sebe, ramena rozložené do široka. Pravidelně se snažíme dýchat.



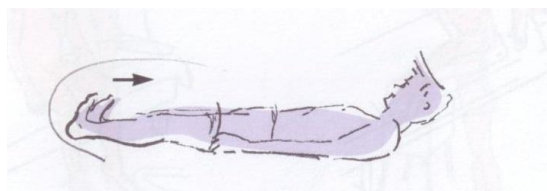
Nácvik podsazení pánve

Základní poloha a stažení břišních a hýžďových svalů. Bederní páteř se snažíme přitlačit k podložce- tím dochází ke sklopení pánve tzv. podsazení pánve.



Přitažení špiček k hlavě

Základní poloha s podsazením pánve. Pomalu zvedáme hlavu, bradu přitahujeme k hrudníku a snažíme se přitahovat obě špičky na dolních končetinách směrem k hlavě.



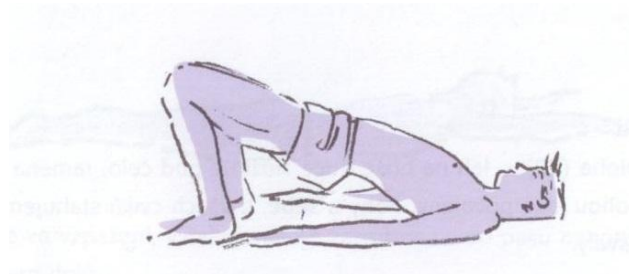
Přitažení kolen k hrudníku

Základní poloha s podsazením pánve. Přitahujeme jedno koleno k břichu, poté vrátíme zpět a uvolníme. Končetiny střídáme. Tento cvik opakujeme alespoň 5x s každou končetinou.



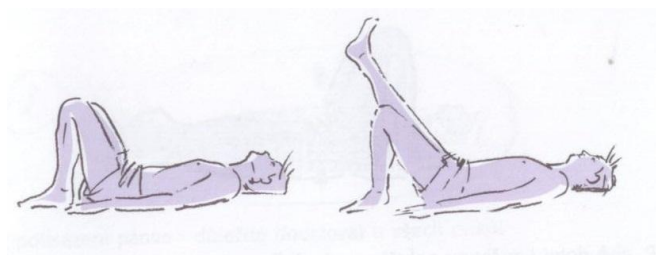
Zvedání pánve

Základní poloha s podsazením pánve. Chodidla jsou na podložce, stáhneme hýžděvé svaly. Pomale zvedáme pánev od podložky až po lopatky a poté zpět.



Zvedání dolních končetin

Ležíme v základní poloze. Postupně natahujeme dolní končetiny směrem ke stropu. Kolena zůstávají ve stejné výši.



Příloha E: Souhlas s operací bederní páteře



NEMOCNICE ZNOJMO, příspěvková organizace

MUDr. Jana Janského 11, 669 02 ZNOJMO

tel. 515 215 111, fax. 515 222 805, e-mail: reditelstvi@nemzn.cz

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Zdravotnické zařízení	Nemocnice Znojmo, příspěvková organizace
Oddělení	ortopedicko-traumatologické
Pacient jméno, příjmení, datum narození	

Dnešního dne jsem byl lékařem poučen o zdravotním výkonu, který mi má být proveden. Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

Operace bederní páteře – uvolnění nerv. kořenů, stabilizace kovem

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

odstranění nebo zmenšení bolestí zad, uvolnění nerv. kořenů

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

operace v celkové anestezii na operačním sále ve sterilním prostředí pod clonou ATB.

Byl jsem poučen, že jako alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést: bez operace, konzervativní terapie- léky od bolesti, rehabilitační a fyzikální procedury, rehabilitační cvičení.

(Vyplňuje se jen tehdy, existuje-li reálná lege artis alternativa lékařem doporučeného výkonu. Jinak tuto rubriku i další dvě rubriky vymazat).

Vzal jsem na vědomí, že lékařem doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:

odstranění příčiny bolesti

ale současně tyto nevýhody:

nutnost podrobit se operaci s možností níže uvedených komplikací:

Byl jsem dále poučen, že lékařem doporučený výkon má následující rizika:

Možnost infekce oper. rány nebo vzniku pozdního infektu v operované oblasti, opožděné hojení rány, nahromadění krevního výronu v ráně s nutností operační revize rány, cévní komplikace s nadměrným krvácením během operace nebo po operaci, komplikace krevního oběhu, poranění nervových struktur s následnou neurologickou poruchou – ochrnutí nebo bolestivé dráždění nervových struktur, možnost vzniku trombozy žil s následnou plicní embolií. Komplikace alergické, komplikací interního charakteru, komplikace při celkové anestezii.

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezen v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:

Pracovní neschopnost minimálně 3-6 měsíců.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu, a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu:

Operace bederní páteře – uvolnění nerv. kořenů, stabilizace kovem

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

(Pokud by si pacient nepřál uvádět tento odstavec, nebo by lékař usoudil, že v daném případě není vhodné jeho uvedení, lze jej vypustit.)

Ve Znojmě dne

.....
Vlastnoruční podpis pacienta

(zákonného zástupce / zástupců / pacientem určené osoby)

Pokud pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotní péče, vyžaduje se

- souhlas osoby určené pacientem (v souhlasu s hospitalizací), není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná,*
- souhlas manžela nebo registrovaného partnera, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná,*
- souhlas rodiče, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná,*
- souhlas jiné osoby blízké způsobilé k právním úkonům, pokud je známa.*

Jméno a podpis svědka (svědků), pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat, ale projevil svou vůli:

.....
.....

Způsob pacientova projevu vůle k podpisu:

Důvody, proč pacient nemůže projevit svou vůli:

Názor nezletilého pacienta / pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, který je s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se (pokud jej vyslovil):

Důvod, pro který nemohl být názor nezletilého pacienta / pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům pacienta zjištěn:

Razítko a podpis lékaře, který poučení provedl: