

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY
PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KOLENNÍHO KLOUBU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MONIKA KLÍMOVÁ

Praha 2017

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY
PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KOLENNÍHO KLOUBU**

Bakalářská práce

MONIKA KLÍMOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová, RS

Praha 2017



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

Klímová Monika
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 27. 6. 2017 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientky po totální endoprotéze kolenního
kloubu

The Nursing Process by a Patient after Total Knee Arthroplasty

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolína Moravcová

V Praze dne: 27. 6. 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji PhDr. Karolině Moravcové, RS za vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady a připomínky. Mé poděkování patří kolegyním za pomoc při zpracování ošetrovatelského procesu.

ABSTRACT

Klímová, Monika. *Ošetrovatelský proces u pacientky po totální endoprotéze kolenního kloubu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová, RS. Praha. 2017. Počet stran 51.

Tématem bakalářské práce je zpracování ošetrovatelského procesu u pacienta po totální endoprotéze kolenního kloubu. Teoretická část čtenáře informuje o onemocnění s názvem gonartróza, její diagnostice, etiologii a její léčbě. Dále obsahuje informace o typech náhrad, jejich složení a samotném operačním postupu. Stěžejní částí této práce je samotný ošetrovatelský proces, ve kterém je popsán průběh hospitalizace až do předání pacientky na následnou rehabilitaci. Během hospitalizace je nejdůležitější nácvik samoobsluhy a návrat k běžným činnostem s pomocí francouzských berlí (chůze, chůze do a ze schodů, sed). V rámci kazuistiky jsme použili ošetrovatelský proces dle Marjory Gordon a zpracovali jsme 13 domén dle NANDA Taxonomie II 2015 -2017.

Klíčová slova

Artroplastika. Gonartróza. Chirurgické ošetrovatelství. Osteoartróza. Ošetrovatelský proces. Rehabilitace.

ABSTRACT

Klimova, Monika. *The nursing process on patients after total knee arthroplasty*.
College of Nursing, o. p. s. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr.
Karolína Moravcová, RS. Praha. 2017 Number of pages 51.

The theme of the thesis is the nursing process for patients after total knee arthroplasty. The theoretical part informs readers about the disease called gonarthrosis, its diagnosis, etiology and treatment. It also contains information about the types of compensation, their composition and the actual surgical procedure. Main part of this work is the nursing process itself, where is described in-hospital patient treatment, until the handover to subsequent rehabilitation. During hospitalization is the most important practice self-service and return to normal activities with the help of crutches (walk, walk up and down stairs, sit). Within the case studies I used the nursing process according to Marjory Gordon and processing 13 domains according to NANDA Taxonomy II 2015 -2017.

Keywords:

Arthroplasty. Gonarthrosis. Nursing care. Osteoarthritis. Surgical nursing. Rehabilitation.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ÚVOD.....	13
1 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA	16
1.1 HISTORIE	16
1.2 SLOŽENÍ.....	17
1.3 TYPY ENDOPROTÉZ.....	17
1.4 INDIKACE K VÝKONU	18
1.5 KOMPLIKACE	18
1.5.1 INFEKCE	18
1.5.2 MECHANICKÉ UVOLNĚNÍ IMPLANÁTU.....	19
1.5.3 FLEBOTROMBÓZA	19
1.5.4 PORUCHY V HOJENÍ RÁNY.....	20
1.5.5 POOPERAČNÍ ZTUHLOST.....	20
1.5.6 NEUROVASKULÁRNÍ ZTUHLOST	20
1.5.7 ZLOMENINY	20
1.6 ARTRÓZA	21
1.7 GONARTRÓZA.....	21
1.7.1 ETIOLOGIE	22
1.7.2 KLINICKÉ VYŠETŘENÍ.....	22
1.7.3 KLINICKÝ OBRAZ.....	24
1.7.4 DIAGNOSTIKA.....	24
1.7.5 LÉČBA.....	24
1.8 KONTRAINDIKACE	26
1.9 OPERAČNÍ POSTUP	26
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	28
2.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE.....	28

2.2	PERIOPERAČNÍ PÉČE.....	29
2.3	POOPERAČNÍ PÉČE.....	29
2.4	NÁSLEDUJÍCÍ POOPERAČNÍ DNY	30
3	REHABILITACE.....	31
3.1	PŘEDOPERAČNÍ RHB.....	31
3.2	POOPERAČNÍ RHB.....	31
3.3	LÁZEŇSKÁ NÁSLEDNÁ RHB.....	32
4	KAZUISTIKA.....	34
4.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	34
4.2	PŘÍJEM PACIENTKY DO NNH.....	35
4.3	ANAMNÉZA.....	35
4.4	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	36
4.4.1	POSOUZENÍ CELKOVÉHO STAVU PACIENTKY	38
4.5	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I. TAXONOMIE II.	41
4.6	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	48
4.7	PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	48
4.7.1	AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	48
4.7.2	POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	56
4.8	ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	61
5	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	62
	ZÁVĚR	63
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
	SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Vitální funkce pacientky při přijetí

Tabulka č. 2 - Výsledky krevního obrazu po dobu od 5. do 8. 10. 2015

Tabulka č. 3 - Výsledky krevních odběrů biochemie z 5. 10. 2015

Tabulka č. 4 - Medikace za celou dobu hospitalizace

Tabulka č. 5 - Hodnocení rizika pádu ze dne 4. 10. 2015

Tabulka č. 6 - Fyzikální vyšetření při přijetí

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Afekce - postižení chorobou

Antikoagulancia - léky proti srážení krve

Atrodéza - chirurgické znehybnění kloubu, navozený kostní srůst kloubních ploch

Artroplastika - rekonstrukční operace kloubu

Atrofie - zmenšení, ztenčení normálně vyvinutého orgánu, tkáně, buňky

Aspekce - zkoumání, prohlídka

Debridement - chirurgické vyčištění rány

Degenerativní - mající znaky úpadku, chátrání

Detekce - zjišťování, odhalování

Embolie - ucpání cévy v důsledku zanesení pohyblivého vmetku krví na místo zúžení cévy

Flekční kontraktura - vysoké napětí svalů, které vyvolává bolest a současně omezuje pohyb

Goniometrie - měření rozsahu kloubní pohyblivosti pomocí speciálních goniometrů

Incidence - výskyt chorob v určitém časovém období, počet nově se vyskytujících případů onemocnění v určitém čase a prostoru

Incize - naříznutí, protětí, chirurgické otevření

Ischemie - místní nedokrevnost tkání nebo orgánů

Insuficience - nedostatečnost, selhání činnosti, slabost, neschopnost plnění

Komponenta - díl, součást, složka

Kontraktura - zkrácení, fixované držení části těla způsobené zkrácením svalu a jeho vazivovou přeměnou

Mediální - střední, středový, směřující, tíhnoucí ke středu

Osteofyty - kostěné výrůstky

Palpace - vyšetření pohmatem

Patela - česka

Patologický - chorobný, nezdravý

Profylaxe - konkrétní ochrana před určitou nemocí

Punkce - nabodnutí tělní dutiny, např. čelní, z důvodu diagnostiky nebo léčby

Reimplantace - vrátit na původní místo, vsadit zpět

Trakce - natahování, natažení, tah

Trombóza - ucpání cévy trombem, který vznikl na místě ucpání

Vertikalizace - pomalé uvedení do vertikální polohy např. první vstávání po operaci
(VOKURKA, HUGO, 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ATB - antibiotika

BMI - body mass index

D - dieta

DF - dechová frekvence

DM - diabetes mellitus

DK - dolní končetina

EKG - elektro kardo gram

FF - fyziologické funkce

i.v. - intravenozní injekce

JIP - jednotka intenzivní péče

KO - krevní obraz

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NNH – Nemocnice Na Homolce

P - puls

PMK - permanentní močový katetr

P+V - příjem a výdej

PŽK - permanentní žilní katetr

RHB - rehabilitace

RTG - rentgenologické vyšetření

s.c. - subkutánní

TBL - tableta

TEN - tromboembolická nemoc

TEP - totální endoprotéza

TK - krevní tlak

TT - tělesná teplota

(VOKURKA, HUGO, 2009)

ÚVOD

Téma práce Ošetrovatelský proces u pacientky po totální endoprotéze kolenního kloubu jsme si vybrali, protože onemocnění pohybového aparátu trpí téměř 12 % populace a jen v České republice se implantuje téměř 12 000 endoprotéz kolene ročně. „Pacientovi můžeme voperovat buď jen částečnou, nebo totální endoprotézu. Zatímco při částečné se nahrazuje jen poškozená část. Pokud je nutná totální endoprotéza kolenního kloubu, neznamená to, že by se nahradilo celé koleno, ale pouze povrch kloubu a kloubní chrupavka“ (HOSPODÁR, 2016, online).

Těž nás zaujala ošetřovaná pacientka, jelikož v pouhých 36 letech je to pro ni již třetí náhrada velkého kloubu. Pro dysplazii kyčelních kloubů bylo nutné v minulosti provést totální endoprotézu obou kyčelních kloubů.

Cílem této práce je zpracování kazuistiky, ošetrovatelské péče u pacientky H.J., která byla hospitalizována na oddělení všeobecné chirurgie k plánovanému operačnímu výkonu - totální endoprotéza kolenního kloubu.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části se zabýváme charakteristikou onemocnění gonartózy, historií, klinickým obrazem onemocnění, diagnostikou, léčbou, indikací k operativnímu řešení TEP, komplikacemi po operaci a specifikou ošetrovatelské péče u ortopedického pacienta.

Praktická část obsahuje zpracovanou kazuistiku o 36 leté pacientce H.J., která byla přijata k plánované operaci 4. 10. 2015. Následně byla přeložena do Rehabilitačního centra berounské nemocnice. Pro vytvoření ošetrovatelské anamnézy byl použit model Marjory Gordon. Na tomto podkladě jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy a vypracovali plán, realizaci a hodnocení ošetrovatelské péče.

V teoretické části bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Vysvětlit a rozebrat onemocnění gonartróza.

Cíl 2: Seznámit se specifiky předoperační a pooperační péče u pacienta po totální endoprotéze kolenního kloubu.

Cíl 3: Poučít o následné rehabilitační péči.

V praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zpracovat ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta po totální endoprotéze kolenního kloubu.

Cíl 2: Vypracovat doporučení pro praxi.

Vstupní literatura:

1. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-2474412-4.
2. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1211-3.
3. MIKŠOVÁ, Zdeňka, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. I. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1442-6.

Rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacientky po totální endoprotéze kolenního kloubu, proběhlo v období listopad 2015 až únor 2016. Pro vyhledávání literatury byl použit Google Scholar a následně rešerše z Národní lékařské knihovny.

Mezi zvolená klíčová slova v českém jazyce patří: artroplastika, gonartróza, chirurgické ošetrovatelství, osteoartróza, ošetrovatelský proces, rehabilitace.

V anglickém jazyce: arthroplasty, gonarthrosis, surgical nursing, osteoarthritis, nursing care, rehabilitation.

Mezi kritéria, která rozhodla o zařazení textu do bakalářské práce, byla vhodnost popsané problematiky a vhodnost textu. Do bakalářské práce byly zařazeny texty v rozmezí let 2005 – 2016.

V rešerši Národní lékařské knihovny bylo vyhledáno v českém jazyce 81 záznamů: 47 knih, 3 kapitoly z knih, 25 článků, 2 abstrakty, 4 kvalifikační práce. V anglickém jazyce byly vyhledány 3 záznamy. Na základě rešerše Národní lékařské knihovny bylo pro bakalářskou práci využito 22 českých knižních zdrojů, 1 anglický

knižní zdroj. Dále byl využíván web Google.com a Profimedia.cz pro vyhledávání obrázků, které byly do práce využity.

1 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA

Totální endoprotéza kolenního kloubu je chirurgické řešení mnoha onemocnění kolenního kloubu, při kterém poškozený kloub celý nebo jeho část nahrazujeme implantátem.

V posledních letech došlo k rozsáhlému rozvoji operačních metod, ty se neustále zlepšují. *Konstrukce současných implantátů a pokroky v operační technice dovolují řešit i výrazné osové deformace a nestability kolenního kloubu* (VAVŘÍK et al., 2005, s. 13).

Provádíme také revizní operace z důvodu uvolnění z kostního lůžka aseptickým nebo infekčním způsobem. Díky tomu zlepšíme pacientovi hybnost a zajistíme návrat do aktivního života (VAVŘÍK et al., 2005).

1.1 HISTORIE

Historie kloubních náhrad zasahuje do počátku 19. století, kdy se endoprotéze poprvé přiblížil Bauer použitím chromované sliznice vepřového močového měchýře. Okolo 50. let 20. století se začala konstrukce implantátu zdokonalovat.

Waldiusova závěsná protéza z roku 1957 byla označena jako první skutečná náhrada kolenního kloubu. Obě komponenty byly pevně spojeny šarnýrovým kloubem, díky němu docházelo k častým problémům, a to především k uvolňování a mechanickému selhávání implantátu. Dnes se místo těchto používají vzájemně nespojené náhrady kolenního kloubu.

V 70. letech byly geometrické typy implantátů nahrazeny anatomickými kondylárními náhradami. Díky meniskovým prvkům s rotačními pohyby, které začaly být používány, jsme se přiblížili k normální fyziologické funkci kolenního kloubu.

V roce 1983 publikovali první zkušenost se systematickou implantací kondylárních náhrad Vratislav Rybka a Pavel Vavřík, v tomto roce uvedli do praxe první českou kondylární náhradu kolenního kloubu, která byla hojně využívána. V roce

2000 byl tento typ implantátu zmodernizován do podoby, v jaké se využívá dodnes (VAVŘÍK et al., 2005).

1.2 SLOŽENÍ

Komponenta na stehenní kosti je vyrobena z chromkobaltové slitiny, vzácněji z keramiky a zcela ojediněle z titanu. Komponenta na holenní kosti je složena z kovové podložky z chromkobaltu nebo z titanu, je opatřena kontaktním povrchem z vysokomolekulárního polyetylenem (VAVŘÍK et al., 2005) (DUNGL et al., 2005).

1.3 TYPY ENDOPROTÉZ

Hemiartroplastika se využívá pro náhradu nejčastěji mediální poloviny kolenního kloubu, kdy nahrazujeme část zátěžové zóny kolenního kloubu. Tato operační metoda je náročnější pro operátora, neumožňuje ošetření části kloubu pod čěškou. V současné době je nejpoužívanější metoda endoprotéza totální. Rozlišujeme dva způsoby fixace TEP.

1. Cementované, k jejímu upevnění se využívá kostní cement, který zajišťuje dlouhodobou fixaci implantátu a umožňuje dorovnění nerovností v kosti. Pevná fixace umožňuje časnou zátěž operovaného kloubu. Tento typ je v současnosti nejrozšířenější.
2. Necementované, pro tento typ operace je nezbytné dokonalé usazení implantátu na kostní lůžko. Nevýhodou je náročnější operační technika a delší doba vhojování implantátu. Mezi výhody můžeme zařadit delší životnost oproti cementovanému typu endoprotézy, volíme ji u mladších pacientů.
3. Hybridní mají bezcementovou komponentu na stehenní kosti, komponenta na holenní kosti je fixovaná pomocí cementu.

Každý typ má své výhody a nevýhody, jasný výběr je na operátorovi při předoperačním plánování nebo v průběhu samotného výkonu dle aktuálního nálezu (VAVŘÍK et al., 2005) (DUNGL et al., 2005).

1.4 INDIKACE K VÝKONU

Narůstá počet onemocnění, která lze chirurgicky řešit endoprotézou. Mezi tyto onemocnění patří primární gonartróza, poúrazové poškození kloubu, destrukce kloubu v důsledku revmatického onemocnění, systémová onemocnění pohybového aparátu a onkologická onemocnění. Jedním z hlavních důvodů k operaci je bolest, neustávající po konzervativní léčbě. Dále pak omezení hybnosti v kolenním kloubu, především klidové tuhnutí kloubu (GALLO, 2014).

1.5 KOMPLIKACE

Jako každá ani tento typ operace není zcela bez rizika. Avšak díky správnému výběru typu náhrady, kvalitnímu předoperačnímu vyšetření a celkové předoperační přípravě se riziko snižuje. Mezi základní komplikace v pooperačním období řadíme tromboembolickou nemoc, zejména je důležité předcházet plicní embolii, která může ohrozit i pacientův život. Jako prevenci používáme elastickou bandáž, časně aktivní cvičení, včasnou vertikalizaci pacienta a antikoagulancia upravující srážlivost krve. Další závažnou komplikací je infekce. V tomto případě se nemusí však jednat o infekci časnou, infekce může vzniknout i několik let po operaci, proto je důležité klást důraz na okamžité zaléčení jakékoliv infekce kdekoli v těle (MIKŠOVÁ, 2006).

1.5.1 INFEKCE

Infekce je jednou z nejobávanějších komplikací v pooperačním období. Incidence infekce klesla v souvislosti se zlepšením podmínek prostředí na operačním sále, operační techniky a antibiotické profylaxe. Mezi rizikové faktory infekce totální endoprotézy patří BMI menší než 20 a vyšší než 35, DM na inzulínu, chronická renální insuficience v anamnéze, uroinfekty v anamnéze, alkoholismus a závažná psychická onemocnění, výskyt erysipelu a bércových vředů na operované DK, výskyt kloubní infekce v terénu implantace v minulosti.

Největší rizikovou skupinou jsou pacienti s dvěma a více rizikovými faktory. Prevence plní nezastupitelnou roli v předcházení infekční komplikace. V předoperační fázi se snažíme rizikové faktory eliminovat nebo omezit jejich vliv na minimum.

Možností, jak postupovat v terapii infikované endoprotézy, je hned několik: reimplantace, debridement se zachováním původního implantátu, chronické potlačení infekce antibiotiky, resekční artroplastika, artrodéza nebo amputace (DUNGL et al., 2005) (JAHODA et al., 2008).

1.5.2 MECHANICKÉ UVOLNĚNÍ IMPLANÁTU

Mechanické příčiny vedoucí k selhání kloubní náhrady jsou velmi individuální a podílí se na nich mnoho faktorů, mezi ně můžeme zařadit nedostatky v konstrukci náhrady, nepřesnou centraci implantátu, nesprávnou techniku cementování. Mezi nejzávažnější a nejčastější příčiny patří chronické přetěžování implantátu (např. sportováním nebo obezitou). Tyto faktory se mohou podílet na zkrácení životnosti náhrady. Terapií je v tomto případě revizní operace. Mechanické uvolnění může pacient sám ovlivnit (např. redukcí váhy – doporučuje se již v předoperačním období, správnou životosprávou a adekvátními pohybovými aktivitami) (KOUDELA et al., 2007).

1.5.3 FLEBOTROMBÓZA

Závažné onemocnění, které řadíme do komplikací po operaci TEP kolenního kloubu, je trombóza hlubokého žilního systému. Vyskytuje se většinou na operované končetině v oblasti bérceových žil. V krajních případech může pacienta ohrozit na životě rizikem plicní embolie. Zvýšené riziko flebotrombózy trvá přibližně tři měsíce po operaci, nejvyšší riziko je během prvních tří týdnů po operaci. (DUNGL et al., 2005)

Klinické známky se nejčastěji objevují třetí pooperační den v oblasti lýtka. Projevuje se otokem, zarudnutím, zvýšenou teplotou a palpační bolestivostí na DK. Duplexní sonografie a laboratorní vyšetření D-dimerů je vyšetření potvrzující zmíněnou diagnózu. Prevencí vzniku trombózy je předoperační příprava (cvičení lýtkového svalstva, dostatečný pohyb pacienta a hydratace). Na operační sál pacient odjíždí s bandáží na neoperované končetině, kde je po operaci zabandážována i končetina operovaná. V období po operaci je pacientovi aplikován nízkomolekulární heparin či antikoagulancia v perorální formě. Časná vertikalizace také snižuje riziko vzniku trombózy (KOUDELA et al., 2007).

1.5.4 PORUCHY V HOJENÍ RÁNY

Zpomalené hojení může být úzce spjato s rizikem infekce implantátu. Faktory ovlivňující správné zhojení rány jsou tyto: charakter cévního zásobení měkkých tkání kolenního kloubu, způsob provedení kožní incize, typ operační techniky a rizikové faktory pacienta (DUNGL et al., 2005).

1.5.5 POOPERAČNÍ ZTUHLOST

Omezená hybnost kolenního kloubu po operaci způsobuje potíže hlavně při chůzi do schodů a při vstávání ze sedu. Rozsah pohybu se zlepšuje přibližně tři měsíce po operaci. Příčinou tuhnutí kloubu je nejčastěji infekce nebo mechanické problémy komponent. Mezi diagnostiku řadíme RTG, při náplni kloubu provádíme punkci a laboratorní kultivaci (DUNGL et al., 2005).

Významnou úlohu sehrává správná konzervativní léčba spolu s držením dobrého rozsahu pohyblivosti a včasná indikace k implantaci. Je důležité zvážit, zda je pacient dostatečně motivován k následné rehabilitaci, která je důležitá pro správnou funkci kolenního kloubu po implantaci (KOUDELA et al., 2007).

1.5.6 NEUROVASKULÁRNÍ ZTUHLOST

Tyto komplikace jsou velmi vzácné, avšak vyskytují se. Patří sem poranění nervus peroneus a poranění cévních struktur kolenního kloubu. Peroneální nerv je poškozen trakcí a následnou ischemií spojenou s flekční kontrakturou, těsným obvazem nebo polohou DK při operačním výkonu. Cévní struktury se mohou poškodit při odstraňování menisků, uvolňování tibiálního úponu zadního zkříženého vazy nebo při uvolňování zadní části kloubního pouzdra (KOUDELA et al., 2007).

1.5.7 ZLOMENINY

Zlomeniny v blízkosti náhrady jsou další vzácnou komplikací. Pokud vzniknou, naruší funkčnost endoprotézy tak, že je většinou nutné operativní řešení. Nejčastěji se zlomeniny vyskytují u pacientů s pokročilou osteoporózou. Zlomeniny dělíme dle lokalizace na suprakondylické, kondylické a diafyzální zlomeniny femuru nebo zlomeniny proximální tibie a pately. Diagnostickým vyšetřením je RTG dolní končetiny (VAVŘÍK et al., 2006).

1.6 ARTRÓZA

Degenerativní onemocnění, při kterém dochází k poškození kloubní chrupavky a kloubního povrchu. Nadměrnou zátěží a stárnutím se hladká kloubní plocha odírá a pohyblivost kloubu se zhoršuje. Artróza se vytváří během let, proto potíže nenastávají ihned, ale rozvíjejí se postupně. Artróza kolenního kloubu se nazývá gonartróza, postihuje jeden nebo oba klouby. Může být primární nebo sekundární. Na vzniku první zmíněné se podílí různé faktory. Nejčastěji jsou to vrozené dispozice a chronické přetížení kloubu. Sekundární gonartróza vzniká na základě traumatických změn nebo při poškození zánětem, při revmatickém onemocnění, nebo na podkladě vrozené vady. Má několik projevů, nejdříve námahová bolest, později se přidává bolest při chůzi. Nakonec se objeví bolest klidová, která ruší spánek. Rozsah pohybu se postupně zhoršuje. Nemocný se snaží končetinu odlehčovat, a tak začne kulhat. Z nedostatku pohybu dochází také k oslabení svalové síly. Zhoršuje se i výživa chrupavky, která potřebuje pohyb a přiměřené zatížení, aby byla vyživována (VAVŘÍK et al., 2005).

Změny způsobené artrózou jsou patrné na rentgenovém snímku. Na zdravém kloubu rozpoznáváme chrupavku podle hladké, rovnoměrně vyjádřené, široké kloubní štěrbiny. U kloubu postiženého artrózou je štěrbina kvůli ztrátě chrupavky užší nebo zcela vymizí. Pozorujeme reaktivní kloubní výrůstky (VAVŘÍK et al., 2005, s. 31).

1.7 GONARTRÓZA

Nezánětlivé degenerativní onemocnění, při kterém jsou nadměrně opotřebovány kloubní chrupavky, vzniká subchondrální skleróza, na okrajích kloubních ploch se tvoří osteofyty a cysty, zvyšuje se náplň kloubu a vzniká kontraktura svalů. Způsobuje bolest kloubů, omezení pohybu a jejich deformity (KOUDELA et al., 2007).

Osová deformita způsobuje nerovnoměrnou distribuci tlaku v kloubu při zátěži. Při varozitě se zvyšuje tlak v mediálním, při valgositě v laterálním kompartmentu. V přetížené části dochází k progresi degenerativních změn (DUNGL, 2005, s. 991).

1.7.1 ETIOLOGIE

Hovoříme o primární a sekundární etiologii. Primární příčiny nejsou zcela známy, uvádí se jako civilizační onemocnění. Mezi sekundární etiologii můžeme zařadit jednostrannou dlouhodobou zátěž (např. u sportovců), nepřiměřené přetěžování, nadváha. Patří sem i poškození kloubu mechanicky, a to úrazem nebo opakovanými menšími nárazy. Dalším faktorem pro rozvoj artrózy mohou být vrozené deformity kolen, tzv. nohy ve tvaru písmene „X“ nebo „O“ (DUNGL et al., 2005).

1.7.2 KLINICKÉ VYŠETŘENÍ

Jedná se o objektivní vyšetření přizpůsobené informacím zjištěným při anamnéze se zaměřením na postiženou oblast. Nejčastěji se jedná o ambulantní vyšetření, avšak je důležité pacienta vyšetřit i po přijetí k hospitalizaci (status praesens). Lékař vyšetřuje pacienta svlečeného do spodního prádla, porovnává obě strany těla.

Klinické vyšetření zahrnuje:

- Aspekci
- Palpaci
- Poklep
- Měření délky a obvodů končetin
- Goniometrii
- Svalový test

ASPEKCE

Pacienta pozorujeme již při vstupu do ordinace. Pozorujeme způsob chůze (kolébání, kulhání), způsob svlékání a oblékání (může odhalit poruchu funkce určitého kloubu). Sledujeme změny obvyklého postavení kloubu (genua valga „X“, genua vara „O“) a svalové atrofie. Posuzujeme držení těla, fyziologické zakřivení páteře či její patologii. Hodnotíme postavení a tvar nohy, podélnou a příčnou klenbu. Aspekci také posuzujeme změny koloritu a trofické změny na kůži.

PALPACE

Palpací lékař posuzuje kožní teplotu v místě afekce, tuhost tkání, svalový tonus, signalizující přítomnost tekutiny v ložisku. Pomocí palpance lékař posoudí přítomnost výpotku v kloubu, lokalizaci maximální bolesti a fenomény přeskokování v kolenním kloubu při lézích menisků či drásoty při pohybu. Palpací posuzujeme pulzaci na periferních tepnách končetin (JENÍKOVÁ, ZELENKOVÁ, 2013).

POKLEP

Poklepem se přesvědčujeme o bolestivosti některých oblastí, např. dlouhých kostí, zánětlivých či nádorových onemocněních.

VYŠETŘENÍ DÉLKY A OBVODŮ KONČETIN

Při tomto vyšetření porovnáváme obě strany měřené za stejných podmínek postavení končetiny. Měříme vždy ve stejném bodě, pro toto měření jsou stanoveny fixní body pro HK i DK.

GONIOMETRIE

Vyšetření rozsahu kloubní pohyblivosti. Při měření rozlišujeme pohyb pasivní a aktivní. Pasivní rozsah pohybu je takový rozsah, který je vykonáván zevním působením síly pohybu. Aktivní rozsah pohybu je takový rozsah, kterého lze dosáhnout aktivitou příslušných svalů v okolí daného kloubu. Fyziologický rozsah pohybu odpovídá plnému fyziologickému rozsahu pohybu v kloubu a je dán anatomickými strukturami, které nejsou změněny patologicky. Patologický rozsah pohybu kloubu může být buď zmenšen, nebo zvětšen vlivem patologických faktorů (např. výpotek, edém či svalové zkrácení).

SVALOVÝ TEST

Jedná se o subjektivní vyšetřovací metodu. Pomáhá při určení rozsahu a lokalizace léze motorických periferních nervů. Mohou se vyskytnout okolnosti, díky nimž nelze test provést – omezení rozsahu pohybu, substituce, bolest (DUNGL et al., 2005).

1.7.3 KLINICKÝ OBRAZ

Celkové příznaky nejsou známe. Příznaky jsou omezeny pouze na kloub. Hlavním příznakem je stupňující se bolest, zhoršuje se při pohybu a tato tupá bolest se nadále stupňuje. Dalším příznakem je klidové tuhnutí kolene a drásoty v kloubu při pohybu. Ani různé deformity kloubu nejsou nic výjimečného. Mezi rizikové faktory patří vyšší věk pacienta, ženské pohlaví, nadváha (KOUDELA et al., 2007).

1.7.4 DIAGNOSTIKA

Předoperační vyšetření zahrnuje RTG snímek, který operatérovi umožní zvolit správný typ implantátu, informuje nás o rozsahu a charakteru opotřebení kloubních ploch a kvalitě kosti.

Magnetická rezonance - je až na několik výjimek nejcitlivější metodou pro posouzení morfologie a patologie měkkých tkání

Sonografické vyšetření – vyšetření preartritických stavů, popřípadě detekce výpotku

Artrioskopie – umožňuje přímé zhodnocení poškození chrupavky i kloubní štěrbiny

Laboratorní vyšetření – diagnostikuje se tak zánětlivé onemocnění, u primární gonartrózy je negativní (KOUDELA et al., 2007).

1.7.5 LÉČBA

Komplexní léčba zahrnuje terapii medikamentózní, konzervativní a chirurgickou. Cílem léčby je prevence vzniku dalších změn a utlumení symptomů převážně bolesti.

MEDIKAMNTÓZNÍ LÉČBA

Analgetika – jsou léky proti bolesti, které můžeme rozdělit do několika skupin. Nesteroidní antirevmatika se užívají stále nejčastěji, mají protizánětlivý i proti bolestivý účinek. Mezi nejčastěji užívané patří ibuprofen (Ibalgin) a diclofenac (Diclofenac, Veral, Dolmina).

Chondroprotektiva – pomalu působící léky, jejichž nástup je až po delší době užívání, jejich výhodou je dlouhodobě přetrvávající účinek. Můžeme je podávat celkově nebo místně. Celkově se podávají jako glukosaminsulfát (DONA) a chondroitinsulfát (Condrosulf). Lokálně vpravujeme do postiženého kloubu injekčně deriváty kyseliny hyaluronové (Hyalgan). Všechny léky v této skupině se váží na receptory v buňkách chrupavky a ovlivňují jejich metabolismus.

Steroidní kortikoidy – při léčbě artrózy se zánětlivými projevy se preparáty užívají jen ve formě nitrokloubních injekcí (Depomedrol). Mohou však vzniknout komplikace, proto jsou aplikovány pouze lékařem (PAVELKA et al., 2005).

KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Konzervativní léčba spočívá v kombinaci nefarmakologických prostředků (redukce váhy, RHB, chůze s oporou) a fyzikální terapie.

Rehabilitace spočívá v odlehčování a posilování končetiny, tzn. např. plavání a jízda na kole. Sporty s tvrdými doskoky se nedoporučují. Z fyzikální terapie je často využívána magnetoterapie, elektroterapie, masáže a termoterapie.

Další důležitá pomůcka je ortéza, která je buď neoprenová a udrží kloub v teple, nebo složitější, která má po stranách klouby, a tak zabraňuje vyosení kloubu (používá se dle zvyklostí operátora a instituce, kde je operace prováděna) (VAVŘÍK et al., 2005).

CHIRURGICKÁ LÉČBA

Tuto cestu volíme, pokud selže konzervativní léčba. Důvodem je bolestivost a omezení hybnosti, která už nelze ovlivnit konzervativní a medikamentózní léčba.

Máme dva typy operačního výkonu, a to preventivní, jehož cílem je zamezit vzniku destrukce kloubu (např. úrazy). Druhé jsou léčebné, které odstraňují vzniklé subjektivní potíže a deformity.

Artrodéza - je chirurgické znehybnění kloubu a jeho ploch resekci a poté jejich následným srůstem.

Korekční osteotomie - používá se při postižení jen jednoho kloubu valgózitou, nebo varózitou kost se přetne, srovná se osa a kost se vyduje do zhojení.

Hemiartroplastika - znamená, že se nahradí pouze jedna polovina femorotibiálního skloubení.

Aloplastika - je zákrok, kdy nahradíme celý kloub nebo jen jeho část umělým (KOUDELA et al., 2007).

1.8 KONTRAINDIKACE

Aby mohl být výkon proveden, je nutný dobrý zdravotní stav pacienta. Důležité je zkontrolovat stav DK, především kožní infekce (erysipel, bércové vředy nebo jiné infekční onemocnění DK), dále stav prokrvení a nervového zásobení. Nejvyšší riziko představuje infekční ložisko např. horních dýchacích cest nebo chronická močová infekce. Hrozí zanesení infekce v pooperačním období do implantátu.

Mezi další kontraindikace řadíme závažné cévní onemocnění, postižení CNS, morbidní obezita (TRNAVSKÝ et al., 2006).

1.9 OPERAČNÍ POSTUP

Operační výkon provádí operátor s pomocí jednoho až dvou asistentů. Celková doba operačního výkonu trvá jednu až dvě hodiny a závisí na několika faktorech, které ji ovlivňují. Pacient se po konzultaci s anesteziologem může rozhodnout mezi dvěma typy anestezie, a to mezi celkovou nebo svodnou, při které je selektivně potlačeno vnímání bolesti v operované končetině.

Při vlastní operaci je nejprve kolenní kloub otevřen předním přístupem tak, aby byly viditelné všechny jeho části, dále pak operátor odstraní menisky i zmnoženou tkáň. Kost v oblasti kloubního povrchu je podle cílících prvků oscilační pilou opracována do podoby nového implantátu tak, aby endoprotéza dobře seděla. Většina vazů v kolenním kloubu je při této operaci zachována tak, aby byla zachována hybnost a stabilita implantovaného kloubu. Odstraňuje se pouze přední zkřížený vaz. Horní část resekované holenní kosti kryje tibiální část implantátu ve tvaru kovové destičky

s krátkým speciálně formovaným dřikem zakotveným v kosti. Destičku pokrývá ploténka z polyetylenu, na které probíhá pohyb mezi oběma komponentami. Na stehenní kost je nasazena femorální komponenta, odpovídající tvaru původní stehenní kosti. V určitých případech je kloubní povrch česky kryt komponentou z umělé hmoty.

Operatér rozhoduje o velikosti implantátu během výkonu a předoperačně je velikost komponent předběžně změřena. Díky modernizaci systému je možno využít prodlouženého dřiku nebo přidání klínků z kovu (ty jsou použity jako náhrada rozrušené kosti). V této fázi výkonu operatér nasazuje definitivní implantát. *Fixaci ke kosti je zajištěna pomocí kostního cementu nebo díky speciálnímu povrchu implantátu, umožňujícímu přímý vrůst do kosti, a tedy fixaci bez cementované mezivrstvy* (VAVŘÍK et al., 2005, s. 44).

Celý výkon je proveden v bezkrví pomocí nafukovací manžety, která je upevněna na stehno.

Na konci výkonu se manžeta odstraní, zastaví se krvácení a koleno se po vrstvách sešije. Podélně rozetnutá šlacha musculus quadriceps je rekonstruována. Krevním výronům předcházíme zavedením drénu do operačního pole (ten je dle množství odpadů odstraněn druhý až pátý pooperační den). Končetina se vyváže elastickým obinadlem a pacient je po výkonu předán na JIP nebo pooperační pokoj (VAVŘÍK et al., 2005).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Každá operace, plánovaná nebo urgentní je nefyziologický zásah, na který organismus reaguje, a to jak v době před operací tak v době po operaci. Z tohoto důvodu je třeba věnovat zvýšenou citlivost jak psychickým, tak fyzickým potřebám pacienta. (MIKŠOVÁ et al., 2006, s. 88).

2.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE

Tento pojem zahrnuje péči o pacienta v období od domluvy termínu operace až po převezení pacienta na operační sál. Její součástí je psychická péče, podpora a také medikamentózní léčba bolesti. Dělíme ji dle času na bezprostřední, krátkodobou a dlouhodobou.

Po indikaci k operaci následuje stanovení termínu a rozplánování předoperační přípravy. Je důležité podrobné předoperační vyšetření. Stále bereme zřetel na celkový zdravotní stav pacienta, aby nedošlo k ohrožení jeho života. Předoperační vyšetření nesmí být starší než jeden měsíc (ZACHAROVÁ et al., 2007).

Pacient je přijat na chirurgické (ortopedické) oddělení, kde je s ním sepsána anamnéza, podepsány informované souhlasy (popř. se zodpoví pacientovy dotazy) a seznámení se s domácím řádem oddělení. Dále je nutné anesteziologické vyšetření, kdy jsou pacientovi popsána rizika s operací a následně vybrán typ anestezie (celková nebo zavedení epidurálního katetru tedy svodná anestezie).

Při tomto výkonu dochází ke krevním ztrátám, proto je pacientovi doporučena autotransfuze, nejčastěji jde o dva odběry o objemu cca 400 ml pacientovy krve. Velkou předností je omezené riziko přenosu možné infekce. U pacientů, u kterých zdravotní stav autotransfuzi nedovoluje, je připravena krevní konzerva k výkonu. Pacient po přijetí na lůžko bude připraven k výkonu – oholená operovaná končetina, důkladné vyprázdnění glycerinovým čípky, edukace o režimu oddělení a následné ošetřovatelské péči po operaci, edukace o zavedení PMK z důvodu komfortu pro první pooperační dny než selepší nácvik chůze. Sestra také zodpoví pacientovi dotazy.

Pacient dostane elastickou punčochu na neoperovanou končetinu jako prevenci TEN, dle ordinace lékaře je aplikována miniheparinizace.

Před operací sestra změní fyziologické funkce, lékař označí operovanou končetinu, sestrou je podána premedikace dle anesteziologa a zajistí se odjezd pacienta na sál (SLEZÁKOVÁ, 2010).

2.2 PERIOPERAČNÍ PÉČE

Pacient je sálovým sanitářem odvezen na sál, kde je s dokumentací ve vstupním filtru převzat sanitářem a anesteziologickou sestrou. Pacient se svleče, je požádán k identifikaci jménem, typem výkonu a operovanou stranou, je přeložen na operační lůžko. Poté je odvezen na sál a přeložen na operační stůl.

Během doby, než je pacient uveden do anestezie, komunikuje se sestrou. Ta zajistí žilní vstup (PŽK), napojí elektrody EKG a pacient je připraven do operační polohy (na zádech s podloženou končetinou).

Po ukončení výkonu je rána sterilně kryta a noha vybandážována elastickým obinadlem. Probuzeného pacienta s dokumentací přebírá sestra od anesteziologického týmu a odváží jej na pooperační pokoj (popř. JIP) (JANÍKOVÁ, ZELENKOVÁ, 2013).

2.3 POOPERAČNÍ PÉČE

Po ukončení operace je pacient lékařem předán sestře, která je informována o průběhu operace, podané analgezií, popř. komplikacích. Poté si sestra ve spolupráci se sanitářem odváží pacienta na pooperační pokoj.

Sestra si přebírá pacienta z dospávacího pokoje, kde mu byly dvě hodiny à 15 minut měřeny fyziologické funkce, kontrolovány odpady z drénů, tišena bolest, popř. podávány infuze či transfuzní přípravky.

Dle ordinace lékaře je končetina podložena, kontrolujeme operační ránu a odpady z drénů. Pacient dodržuje klidový režim, po uplynutí stabilizace dostává pacient poprvé napít a jsou sledovány bilance tekutin.

Sestra sleduje fyziologické funkce, hodnotí bolest dle škály bolesti a na jejím základě podává analgetika. Ošetrovatelský personál pečuje o operační ránu, Redonův drén a další invazivní vstupy (SLEZÁKOVÁ et al., 2010).

2.4 NÁSLEDUJÍCÍ POOPERAČNÍ DNY

Pacient je ráno poprvé posazen, aby s dopomocí provedl ranní hygienu na lůžku. K prevenci TEN jsou po celou dobu hospitalizace použity bandáže na obou DK.

Sestra podá ranní medikaci a splní ordinace lékaře, včetně převazu rány. První vertikalizace je s fyzioterapeutem, pacient je poučen o správném otáčení z boku na bok, sezení v lůžku a vstávání z lůžka.

Pacient začíná přijímat stravu bez dietních omezení (pokud nebyly už před operací). Dochází k postupnému navýšení RHB – motolaha, nácvik chůze do a ze schodů. Stehy se odstraňují cca dvanáctý den po operaci (v RHB zařízení, kam je pacient přeložen dle standardů oddělení).

3 REHABILITACE

Rehabilitace je nedílnou součástí péče o pacienta po TEP. Vhodná RHB před výkonem může pozitivně ovlivnit pooperační období. Rehabilitaci můžeme rozdělit do tří fází, které se navzájem prolínají a ovlivňují pacientův stav. Rehabilitace předoperační, pooperační během hospitalizace a následná po propuštění z hospitalizace (KLUSOŇOVÁ, PITNEROVÁ, 2005).

3.1 PŘEDOPERAČNÍ RHB

Cílem předoperační rehabilitace je naučit pacienta na nezměnné stereotypy (přetáčení na bok pomocí pomůcky, nácvik sedu, chůze o francouzských holích do a ze schodů) po operaci tak, aby z počátku nedocházelo k zatěžování končetiny. Pacient reaguje mnohem lépe na rehabilitaci po operaci, ochotněji spolupracuje.

Avšak předoperační rehabilitace se neprovádí často vzhledem k finanční i organizační náročnosti (MAXEYOVÁ, MAGNUSSON, 2013).

3.2 POOPERAČNÍ RHB

Tato fáze rehabilitace začíná již od převezení pacienta z operačního sálu na JIP. Dodržujeme principy rehabilitačního ošetřování – polohování. Provádíme polohování operované DK v pravidelných intervalech (KOLÁŘ, 2009).

První pooperační den je v doprovodu fyzioterapeuta poprvé posazen a vertikalizován. Provádíme také dechovou gymnastiku, kondiční cvičení a protahování zdravé končetiny. S pacientem cvičíme dorzální a plantární flexi v hlezenním kloubu.

Druhý až třetí pooperační den zvyšujeme postupně zátěž na operovanou končetinu. Přidáváme aktivní cvičení v podobě motodlahy a to dvakrát denně. Nácvik chůze do a ze schodů. Čtvrtý pooperační den pacient provádí flexi a extenzi se zapojením obou končetin, rovněž provádí extenzi kolene proti gravitaci. Následující dny pokračujeme ve cvičení, trénujeme nácvik chůze s oporou berlí. Na motodlaze zvyšujeme rozsah pohybu do flexe devadesáti stupňů (KOLÁŘ, 2009).

Z nemocnice je pacient přeložen na následnou rehabilitaci nebo do lázní s dostatečným rozsahem pohybu v kloubu a zvládním kvalitní sebeobsluhy. Stehy jsou pacientovi odstraněny v lázních přibližně dvanáctý pooperační den (KRISTINKOVÁ, 2006).

3.3 LÁZEŇSKÁ NÁSLEDNÁ RHB

Po propuštění pacienta z nemocnice je ideální návaznost následné rehabilitace a to přímým překladem tzv. „z lůžka na lůžko“ nebo v časovém odstupu do tří, v případě komplikací až šesti měsíců od operace. Cílem tohoto rehabilitačního programu je upevňování správných pohybových stereotypů, posílení oslabených svalových skupin a podobně. V této fázi je důležitá zpětná vazba rehabilitace a kontrola pacienta fyzioterapeutem. V tomto období pacient přidává povolenou zátěž na operované končetině. Obvykle šest týdnů po operaci je povolena zátěž na padesát procent hmotnosti a cca od tří měsíců pacient postupně odkládá francouzské berle s plnou zátěží.

Pacient je edukován o vhodných a nevhodných aktivitách.

Vhodné aktivity jsou:

- jízda na kole,
- plavání,
- pravidelné cvičení

Mezi nevhodné patří:

- delší statická zátěž,
- dřepy, pozice v kleku,
- sezení v jedné poloze déle než 30 minut (KRISTINKOVÁ, 2006)

Důležité zásady, které jsou třeba dodržovat:

- Spát na pevném a rovném lůžku (jeden polštář pod hlavou).
- V lehu kolena a palce směřují do stropu, ve stoji a při chůzi opředu nevytáčet DK ven ani dovnitř.
- Neotáčet se na břicho bez klínu mezi nohama.

- Vícekrát denně, po menších časových úsecích, provádět celkové intenzivní cvičení podle pokynů fyzioterapeuta.
- Častěji měnit polohy – sedět maximálně půl hodiny.
- Sedět na obou půlkách hýždí – ne nakřivo.
- Dlouho nestát – ve frontě, při žehlení apod.
- Chodit v obuvi s pružnou, elastickou podrážkou (PROCHÁZKOVÁ, 2016)

4 KAZUISTIKA

Praktická část obsahuje zpracovanou kazuistiku o 36 leté pacientce H.J., která byla přijata k plánované operaci 4. 10. 2015. Poté byla přeložena do rehabilitační péče Beroun. Ošetrovatelskou péčí jsme u pacientky prováděli 4. 10. 2015 (pacientka byla přijata den před operací, proto je kazuistika zpracovávána k 5. 10. 2015), po operaci byla přeložena na JIP a 8. 10. 2015 byla pacientka přeložena zpět na standardní oddělení. Zdrojem informací byla metoda pozorování, anamnestický rozhovor s pacientkou a práce s lékařskou a ošetrovatelskou dokumentací. H.J. byla velmi ochotná spolupracovat a souhlasila s použitím její dokumentace do bakalářské práce.

Ke zpracování ošetrovatelské diagnózy byl použit Model funkčních vzorců zdraví M. Gordon.

4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno: H.J.

Pohlaví: Žena

Rodné číslo: XXXXXX/XXXX

Bydliště: X

Věk: 36 let

Zaměstnání: Recepční v rodinném centru

Národnost: česká

Občanství: ČR

Děti: 1 zdravé

Výška: 152 cm

Váha: 41 kg

Ošetrovatelský plán: 4.-12. 10. 2015

Typ přijetí: Plánované

Ošetřující lékař: MUDr. K.A.

Medicínská diagnóza: M170 Gonnartrosis 1. sin

Medicínská diagnóza vedlejší: 2966 Přítomnost ortopedických kloubních implantátů – st. p. TEP obou kyčlí.

4.2 PŘÍJEM PACIENTKY DO NNH

Vitální funkce při přijetí uvedeny v tabulce č. 1

Tabulka č. 1 Vitální funkce pacientky při přijetí

TK: 110/80 mmHg	Výška: 152 cm
TF: 80/min	Váha: 41 kg
DF: 14/min	Pohyblivost: omezená
TT: 36,6 °C	Stav vědomí: při vědomí, orientovaná

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

Nynější onemocnění

Gonartrosis 1. sin gravis. Stp. Implantace totální endoprotézy obou kyčelních kloubů.

Klinický obraz:

Kyčelní klouby volné, nebolestivé, valgozita 1 kolene, drásoty, vrzoty, anteromediální instabilita.

Informační zdroje:

Ošetřovatelská dokumentace, lékařská příjmová zpráva, rozhovor s pacientkou.

4.3 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: zdravá

Otec: 40 let IM †

Děti: 1, zdravé

Osobní anamnéza

Z interního hlediska dosud nestonala, opakovaně od sedmého roku pět krát korektivní operace na kyčelních kloubech pro kongenitální dysplasii. Vlevo těžká tupozrakost.

Hospitalizace a operace

Ve 13 letech operace, Apendectomie

2007 sectio Caesarea

4/2009 implantace TEP coxae 1 dx

9/2009 TEP coxae 1. sin, dle EMG kompletní denervační léze n. femoris 1. sin

Transfúze: ano, bez reakce

Očkování: Standardní v dětství

Alergologická anamnéza

Léky: Aspirin

Potraviny: neguje

Chemické: neguje

Jiné: neguje

Abúzus

Alkohol: příležitostně

Kouření: nekuřák

Káva: jedenkrát denně

Léky: žádné

Drogy: žádné

Gynekologická anamnéza

Porod 1x Sectio Caesarea, menstruace od 14 let pravidelná

Spirituální anamnéza

Pacientka nevyznává žádné náboženství

4.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Při příjmu byly provedeny krevní odběry do krevní banky a anesteziologické konzilium.

Ordinovaná vyšetření během celé hospitalizace:

Krevní odběry

KO + Biochemie 0. pooperační den (den operace) 5. 10. 2015

KO 1. pooperační den 6. 10. 2015

KO 2. pooperační den 7. 10. 2015

KO 3. pooperační den 8. 10. 2015

Zobrazovací metody

RTG 4. pooperační den 9. 10. 2015

Tabulka č. 2 Výsledky krevního obrazu po dobu od 5. do 8. 10. 2015

	5. 10. 2015	6. 10.2015	7. 10.2015	8. 10. 2015
Hemoglobin	98 g/l	101 g/l	91g/l	100g/l
Erytrocyty	3,36 10 ¹² /l	3,45 10 ¹² /l	3,11 10 ¹² /l	3,41 10 ¹² /l
Hematokrit	0,29 l/l	0,30 l/l	0,27 l/l	0,29 l/l
MCHC	338,00 g/l	340,00 g/l	242 g/l	345 g/l
MCV	886,3 fl	86,1 fl	85,5 fl	85,0 fl
Leukocyty	13,7 10 ⁹ /l	9,2 10 ⁹ /l	8,6 10 ⁹ /l	6,4 10 ⁹ /l
Trombocyty	261 10 ⁹ /l	264 10 ⁹ /l	264 10 ⁹ /l	258 10 ⁹ /l

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

Tabulka č. 3 Výsledky krevních odběrů

Biochemie 5. 10. 2015

Sodík: 135 mmol/l
Draslík: 3,9 mmol/l
Chloridy: 104 mmol/l

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

RTG vyšetření levého kolene z 9. 10. 2015

Stp. TEP 1. sin, komponenty v příznivém postavení, fragmentace pately.

Konzervativní léčba:

Dieta č. 3, 4. 10. od půlnoci nic per os

Pohybový režim 2 (volný pohyb po pokoji) do premedikace, poté 0 (klidový režim na lůžku)

Medikamentózní léčba:

Tabulka č. 4 medikace za celou dobu hospitalizace

<i>Název léku</i>	<i>Forma</i>	<i>Síla</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Skupina</i>
Clexane	Injekční roztok	0,2 ml	0-0-1	antikoagulancium

Cefazolin	Prášek pro injekční roztok	1 g	14-22-6	antibiotikum
Novalgin	Tbl, injekční roztok	500 mg	1-1-1	analgetikum
Morphin	Injekční roztok	1ml/10 mg	Dle potřeby	analgetikum
Diclofenac	Tableta	75 mg	1-0-1	analgetikum
Stilnox	Tableta	10 mg	0-0-1	hypnotikum

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

4.4.1 POSOUZENÍ CELKOVÉHO STAVU PACIENTKY 4. 10. 2015

Tabulka č. 6 - Fyzikální vyšetření při přijetí

Vyšetření systému	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	„Trpím na migrény z nedostatku spánku“	Hlava - normocefalická, bez deformit. Oči - bulby pohyblivé, skléry bílé, zornice izokorické. Nos, uši - bez výpotku. Chrup - vlastní, bez uvolněných zubů. Krk - souměrný, bez otoků Lymfatické uzliny nehmatné. Štítná žláza - nezvětšená.
Hrudník a dýchací systém	„Dýchá se mi dobře, chodím opatrně kvůli kyčlím“	Hrudník - symetrický, bez deformit. Poslechové dýchání čisté, sklípkové. Poklep plic plný, jasný.
Srdeční a cévní systém	„Se srdcem jsem se nikdy neléčila“	Srdeční akce - pravidelná, ozvy ohraničené, frekvence pravidelná. Puls - dobře hmatný.

		Dolní končetiny jsou bez otoků a zánětlivých změn. Křečové žíly - nepřítomné.
Břicho a gastrointestinální Trakt	„V poslední době mě dost zlobilo koleno, neměla jsem chuť. Trošku jsem zhubla.“	Břicho - prohmatné pokleповě nebolestivé, peristaltika přítomna. Udává úbytek hmotnosti za posledních 6 měsíců, cca 3 kg. Játra a slezina - nezvětšené. Defekace - stolice pravidelná, bez příměsi krve. Poslední stolice dnes ráno.
Močový a pohlavní systém	„S močením nemám žádné potíže, po operaci budu mít cévku.“	Genitál: ženský Prsy bez patologie Pacientka netrpí inkontinencí, močí spontánně. Po operaci bude zaveden PMK.
Kosterní a svalový systém	„Už od dětství mám potíže s kyčlemi, už mám oba klouby nahrazené umělým, bohužel nemoc kyčlí ovlivnila i stav kolen.“	Páteř bez patologických změn. Hrubá a jemná motorika v normě. Poloha aktivní. Pohyblivost - částečně omezená - chůze o berlích a bolest v kolenním kloubu.
Nervový a smyslový systém	„Od dětství jsem tupozraká na levé oko, proto nosím brýle.“	Orientována místem, časem a osobou. Čich a sluch bez patologie. Smyslová citlivost v normě.

		Trpí tupozrakostí - nosí brýle. Reflexy výbavné.
Endokrinní systém	„Při posledních odběrech jsem měla cukr v pořádku.“	Štítná žláza - nezvětšena, bez zevních projevů endokrinních poruch.
Imunologický systém	„Mám alergii na aspirin. Že bych byla hodně nemocná se říct nedá, občas nastydnou.“	Alergická reakce na Aspirin.
Kůže a její adnexa	„Mám pár jizev, nehojí se mi hezky, jsou takové vypoulené“	Kožní turgor v normě. Kůže nesvědčí. Otoky a dekubity nepřítomné.

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

Barthel test základních všedních činností ze dne 4.10. 2015

Příjem potravy a tekutin	Samostatně	10
Oblékání	Samostatně	10
Koupání	Samostatně	10
Osobní hygiena	Samostatně	10
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
Použití WC	Samostatně	10
Přesun na lůžko - židli	Samostatně	10
Chůze po rovině	Samostatně	10
Chůze po schodech	Samostatně	10

Celkové skóre: 100 bodů – nezávislý

Rozšířená stupnice Nortonové - určení rizika dekubitů ze dne 4. 10. 2015

Schopnost spolupráce	Úplná	4
Věk	< 60	2
Stav pokožky	Normální	4

Přidružené onemocnění	Tupozrakost	2
Fyzický stav	Zhoršený	3
Stav vědomí	Bdělý	4
Aktivita	Chodí	4
Mobilita	Částečně omezená	3
Inkontinence	Není	4

Celkové skóre: 30 bodů - nebezpečí vzniku dekubitů hrozí při 25 bodech a méně

Tabulka č. 5

Hodnocení rizika pádu ze dne 4. 10. 2015 (modifikace dle Conleyové)

		ANO	NE
Anamnéza	Pád během 3 měsíců		0
Vyšetření	Zmatenost		0
	Agitace, neklid		0
	Porucha chůze	2	
	Porucha zraku	1	
Přímé dotazy	Stává se, že neudržíte moč nebo stolici?		0
Další okolnosti			0
Celkem		3b	

Závěr Součet je vyšší než 2 jedná se tedy o rizikového pacienta.

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

4.5 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDAI.

TAXONOMIE II. ze dne 4. 10.

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
1. Podpora zdraví Uvědomění si zdraví Management zdraví	„Na pravidelné prohlídky chodím v čas. Mám bolesti kloubů užívám na to léky, jinak nic neužívám“	Pacientka zná svůj zdravotní stav a pečuje o něj.
2. Výživa Příjem potravy	„Celá moje rodina dodržuje zdravé zásady stravování, občas zhřešíme, ale jinak hodně zeleniny	Pacientka má dle BMI, mírnou podváhu, která je způsobená občasným

<p>Trávení</p> <p>Vstřebávání</p> <p>Metabolismus</p> <p>Hydratace</p>	<p>a ovoce. Občas mi jíst nechutná, je to kvůli bolestem.</p> <p>Vypiju 2-3 litry denně.“</p>	<p>nechutenstvím. Před operací dieta šetřící, po operaci pouze čaj a následující den dieta racionální.</p> <p>Nejsou přítomny vyschlé sliznice úst, pacientka je dobře hydratovaná.</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <p>Funkce močového systému</p> <p>Funkce gastrointestinálního systému</p> <p>Funkce kožního systému</p> <p>Funkce dýchacího systému</p>	<p>„Nemám s tím žádné potíže, na velkou chodím pravidelně každý den ráno.“</p>	<p>Pacientka byla na stolici 4. 10. doma. Zácponu ani průjmem netrpí.</p> <p>Potíže s močením neudává, je edukována o zavedení PMK po operaci.</p> <p>Turgor pokožky v normě, je hydratovaná.</p>
<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <p>Spánek – odpočinek</p> <p>Aktivita, cvičení</p> <p>Rovnováha, energie</p> <p>Sebepéče</p> <p>Kardiovaskulárně-pulmonální reakce</p>	<p>„Rádi chodíme na výlety, se synem jezdíme na kole, chodíme hodně plavat. Pokud mi to můj zdravotní stav dovolí.</p> <p>Se spánkem potíže nemám, dobře se mi usíná a v noci se vzbudím maximálně jednou na záchod.“</p>	<p>Pacientka udává mírné bolesti, analgetika před operací odmítá.</p> <p>Hygienu zvládá sama v koupelně. Po operaci následující den na lůžku u umyvadla.</p>

<p>5. Vnímání – poznávání</p> <p>Pozornost Orientace Kognice Komunikace</p>	<p>„Mým největším problémem je tupozrakost na levé oko, proto nosím brýle. Pravé oko je zdravé, takže své okolí rozpoznám sama.“</p>	<p>Orientaci po oddělení pacientka zvládá sama, pokoj je upraven k její lepší orientaci.</p>
<p>6. Vnímání sebe sama</p> <p>Sebepojetí Sebepercepce Obraz těla</p>	<p>„Těším se, až budu po operaci a začnu být zase aktivní, poslední dobou mě bolesti hodně omezovaly v pohybu. I přes to, že nejsem zcela zdravá, snažím se svůj veškerý čas věnovat rodině.“</p>	<p>Pacientka už podstoupila tento typ operace, ale na kyčelních kloubech. O všem je zcela edukována. Těší se na brzké zotavení.</p>
<p>7. Vztahy</p> <p>Role pečovateli Rodinné vztahy Plnění rolí</p>	<p>„Bydlíme s manželem a synem v rodinném domku. Rodiče bydlí kousek od nás, pravidelně se navštěvujeme. Udržujeme dobré rodinné vztahy.“</p>	<p>Pacientka má s rodinou vřelé vztahy. Volný čas tráví s přáteli a rodinou.</p>
<p>8. Sexualita</p> <p>Sexuální funkce Reprodukce</p>	<p>„Máme jednoho syna, bohužel další děti už mít nemůžeme.“</p>	<p>Menarche proběhlo ve 14 letech, od té doby menstruace pravidelná. Pacientka prodělala jeden porod císařským řezem.</p>
<p>9. Zvládání/ tolerance zátěže</p> <p>Posttraumatická reakce Reakce na vládání zátěže</p>	<p>„Bojím se, jak to kluci doma zvládnou, ale mamka vypomůže. Z operace mám strach těším se, až to bude vše za mnou a už budu zase doma.“</p>	<p>Pacientka je introvertní, s rozhovoru s ní cítím její nervozitu před operací.</p>

Neurobehaviorální stres		
10. Životní principy Hodnoty Přesvědčení Soulad hodnot	„V boha jsme nikdy nevěřili, ale asi každý má něco v co věří mezi nebem a zemí. Nejdůležitější je pro mě zdravá rodina.“	Pacientka není věřící.
11. Bezpečnost – ochrana Infekce Fyzické poškození Násilí Environmentální rizika Obranné procesy Termoregulace	„Doma mám prostředí uzpůsobené ke svým potřebám – vysoké židle, vysoká postel, dost prostoru v kuchyni. Tady se mi líbí velká prostorná koupelna, člověk se dobře dostane jak na záchod, tak pod sprchu.“	Pacientce bude po operaci zaveden drén, PŽK, PMK. Invazivní vstupy budou odstraněny co nejdříve, aby nedošlo k infekci.
12. Komfort Tělesný komfort Komfort prostředí Sociální komfort	„Bolesti mám skoro pořád, při delším pohybu jsou větší. Teď se cítím dobře, po operaci budu léky na bolesti dostávat.“	Pacientka je poučena o škále bolesti, po operaci bude probíhat analgoterapie a místní kryoterapie pro zmírnění bolesti.
13. Růst, vývoj	„Hubená jsem byla vždy, v poslední době jsem trošku pohublá jak jsem neměla chuť k jídlu.“	Pacientka trpí mírnou podvýživou, dle použité měřicí škály BMI.

Zdroj: Rozhovor s pacientkou

Aktivity denního života

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování a pitný režim	„Jím pravidelně 5x denně. S pitím je to jak kdy, ale většinou okolo 2-3l.“	Před operací dieta šetřící, od pŕlnoci NPO. Po operaci tekutiny volně po stabilizaci a následující den dieta racionální.
Vylučování moče a stolice	„Na velkou chodím pravidelně každý den ráno. Jednou jsem měla zánět močového měchýře, ale to je asi před rokem. Od té doby potíže nemám.“	Před operací močení spontánní, po operaci zaveden PMK. Stolica pravidelná.
Spánek a bdění	„Spím dobře, usínám bez problémů. Teď jsem trošku nervózní, takže se mi bude usínat asi špatně.“	Před operací podána večerní premedikace dle ordinace lékaře.
Aktivita a odpočinek	„Mám ráda aktivní způsob života – rádi chodíme na vycházky, plaveme, jezdíme na kole. Ráda si i přečtu hezkou knihu.“	Do premedikace pohybový režim 2 - volný pohyb po pokoji. Po premedikaci 0 - klid na lůžku.
Hygiena	„Vše zvládám sama, doma i tady to není problém.“	Pacientka zajišťuje hygienickou péči sama, po operaci v doprovodu sestry.
Samostatnost	„Doma zvládám všechny činnosti sama, manžel mi občas pomůže s úklidem.“	Dle Barthel test je pacientka zcela soběstačná.

Posouzení psychického stavu

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Vědomí	„Jsem v Praze v nemocnici, čekám na operaci, která mne čeká zítra ráno.“	Pacientka zcela lucidní.
Orientace	„Jsem ve svém pokoji, dnes je 4. 10. 2015.“	Plně orientovaná místem, časem, osobou.
Nálada	„Jsem nervózní, ale to je normální před operací.“	Pacientka má obavy, které pramení z operačního zákroku.
Paměť	„Pamatuji si vše.“	Novopaměť i staropaměť bez problémů.
Myšlení	„Jsem pozitivně laděný člověk.“	Myšlení logické, na otázky odpovídá podle smyslu.
Temperament	„Jsem uzavřený člověk, jen tak někoho si k sobě nepustím.“	Pacientka je introvert, v soukromí pokoje komunikuje bez problémů.
Sebehodnocení	„Nerada sama sebe hodnotím, ale myslím, že mám být ve svém životě na co pyšná.“	Pacientka se hodnotí přiměřeně.
Vnímání zdravotního stavu	„Brzo budu zase aktivně žít, tato operace mi k tomu dost pomůže.“	Pacientka má realistický pohled na svůj zdravotní stav.
Prožívání nemoci	„Už naštěstí vím, co mě čeká.“	Pacientka má všechny potřebné informace.
Reakce na hospitalizaci	„Budu tu 7 dní a pak mě čeká rehabilitace tři týdny u nás v Berouně“	Na hospitalizaci reaguje přiměřeně, těší se následnou rehabilitací.

SITUAČNÍ ANALÝZA ze dne 5. 10. 2015

Dne 5. 10. 2015 v 10:40 je 36 letá pacientka převezena z operačního sálu na JIP všeobecné chirurgie. Stav po operaci totální endoprotézy kolenního kloubu v celkové anestezii. Fyziologické funkce v normě SpO₂ 98 % bez podávání kyslíku, krevní tlak 105/60 mmHg, puls je pravidelný 62/min. Pacientka určuje bolest levého kolene, na vizuální analogové škále č. 5–6.

Dle ordinace lékaře, má pacientka kontinuálně monitorovány vitální funkce. Pacientka je při vědomí, orientována místem i časem, spolupracuje. Puls je pravidelný, EKG beze změn, SpO₂ 100 % - oxygenoterapie přes kyslíkové brýle 3 l/min, tělesná teplota 36,6 °C.

Kontrola periferního žilního katetru, odpadů z drénu, které jsou po operaci přiměřené. Pacientka má zaveden PMK, který odvádí čirou moč, P+V měřen po 6 hodinách s plánem pozitivní bilance.

Pacientka má po operaci klid na lůžku, s elevací DK, pacientka je v rámci lůžka soběstačná. Před odpolední vizitou jsou dle ordinace nabrány krevní odběry. Pacientka udává bolesti na analogové škále č. 5, podána analgetika intramuskulární cestou a lokální kryoterapie dle ordinace lékaře.

Pacientka se celkově cítí dobře, bez nauzey, je spavá, na výzvu vyhoví. Přijímá pouze tekutiny per os.

Pacientka má narušený spánek. Po operaci byla velmi spavá, proto v noci vyžadovala léky na spaní.

4.6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Ošetřovatelské diagnózy jsme určili první pooperační den. Informace ke stanovení diagnóz jsme získali z dokumentace, z rozhovoru s pacientkou a z publikace s názvem: NANDA International Ošetřovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2015-2017. Ošetřovatelské diagnózy jsou rozděleny na aktuální a potenciální.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY PO TEP KOLENNÍHO KLOUBU

Akutní bolest v důsledku operačního výkonu na dolní končetině, projevující se bolestí v operační ráně, vizuální verbalizací staženým obličejem při manipulaci, žádostí o analgetika.

Deficit sebeděže v oblasti hygieny, projevující se neschopností dokončit hygienu samostatně.

Nedostatek spánku v důsledku změny prostředí a bolestivosti operační rány, projevující se ztíženým usínáním, žádostí o hypnotika.

Narušená integrita tkáně v důsledku mechanické příčiny v oblasti DK, projevující se operační ránou a zavedením Redonova drénu.

POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY PO TEP KOLENNÍHO KLOUBU

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK a PMK.

Riziko pádu z důvodu zhoršené pohyblivosti DK po operaci.

Riziko vzniku funkční inkontinence moči z důvodu zavedení PMK.

4.7 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

4.7.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

a) Akutní bolest (00132)

Akutní bolest z důvodu operačního výkonu na levé dolní končetině, projevující se bolestí v operační ráně, vizuální verbalizací staženým obličejem při manipulaci, žádostí o analgetika.

Doména 12 komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Určující znaky:

- změny ve fyziologických funkcích
- expresivní chování (neklid, pláč)
- vyhledávání antalgické polohy

Související faktory.:

- stav po operaci

Cíl krátkodobý: pacientka cítí úlevu po podání analgetik, zná její příčiny. Je schopna se aktivně podílet na zmírňování bolesti. Pacientka má po podání analgetik zmírněnou bolest. Do 2 hodin.

Cíl dlouhodobý: pacientka po zahájení terapie má zmírněnou bolest. (intenzita bolesti klesne z hodnoty 6 na hodnotu 3) do 7 dnů.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka je schopna sledovat bolest a určit na škále bolesti její intenzitu. Do dvou hodin.

Pacientka udává úlevu po podání analgetik. Do jedné hodiny.

Chápe příčiny vzniku bolesti a aktivně se podílí na jejím zmírnění. Do prvního dne hospitalizace.

Plán intervencí:

1. Vysvětlí pacientce analogovou škálu bolesti (všeobecná sestra, při příjmu na oddělení)
2. Pozoruj neverbální, verbální i mimické projevy bolesti (všeobecná sestra, průběžně)
3. Sleduj fyziologické funkce (všeobecná sestra, dle ordinace lékaře – 3krát denně)
4. Podávej analgetika dle ordinace lékaře s přihlédnutím na zkušenosti pacientky (všeobecná sestra, průběžně)
5. Prováděj pravidelné hodnocení bolesti (všeobecná sestra, 6x denně)

6. Aktivně pobízej pacientku k symptomatické léčbě - podávej analgetika (všeobecná sestra, průběžně)

Realizace:

1. pooperační den 6. 10. 2015

6:00 Pacientka je ošetřující sestrou poučena o analogové škále bolesti, v blízkosti dosahu je uloženo signalizační zařízení.

Pacientka verbalizuje bolest číslem 3.

Podána analgetika intravenózní cestou, lokální kryoterapie na operované končetině. (všeobecná sestra)

6:30 Pacientka udává úlevu od bolesti. (všeobecná sestra)

9:00 Proběhla rehabilitace a pacientka udává zvýšení bolesti na stupnici č. 6 podána analgetika subkutánní cestou dle ordinace lékaře, měříme FF. (všeobecná sestra)

9:30 Pacientka uvádí úlevu od bolesti, dále pokračujeme v lokální kryoterapii. (všeobecná sestra)

12:00 Sestra měří fyziologické funkce, pokračujeme v kryoterapii, pacientka verbalizuje zhoršení bolesti na stupnici č. 3-4, pacientka je poučena o účincích analgetik, správné rehabilitaci, polohování a účincích kryoterapie. (všeobecná sestra)

12:00-15:00 Pacientka udává mírnou bolest, kterou se snaží zmírnit chůzí a lokální kryoterapií, měříme fyziologické funkce, kontrolujeme odpady z drénu a počítáme příjem a výdej tekutin za 6 hodin. (všeobecná sestra)

15:00-16:00 Rehabilitace s fyzioterapeutem – 30 minut motodlaha, poté chůze o berlích po chodbě a trénink chůze po schodech a ze schodů.

18:00 Měříme fyziologické funkce, kontrolujeme odpady z drénu a hodnotíme příjem a výdej tekutin za 12 hodin. (všeobecná sestra)

21:00 Udává bolest dle škály č. 5-6 podána subkutánně analgetika dle ordinace lékaře (všeobecná sestra)

22:00 Pacientka žádá hypnotikum na spaní, dle ordinace lékaře sestra podá tabletu p.o., udává zmírnění bolesti č. 1. (všeobecná sestra)

23:00-5:00 Pacientka spí, sledování stavu, odpadů z drénu, lokální kryoterapie. (všeobecná sestra)

5:30 Udává mírné bolesti na analogové škále č. 2, zaznamenáno do dokumentace.
(všeobecná sestra)

2. pooperační den 7. 10. 2015

6:00 Pacientka provádí sama hygienu v koupelně, měříme fyziologické funkce, udává bolesti dle analogové škály č. 1, sama žádá kryoterapii. (všeobecná sestra)

7:30 Pacientka verbalizuje bolest, po rehabilitaci udává č. 3-4 dle analogové škály, dle ordinace lékaře podány intravenózně analgetika. (všeobecná sestra)

8:00 Pacientka udává zmírnění bolestí, sama rehabilituje.

9:15 Pacientka udává pocit pnutí okolo operační rány, žádá lokální kryoterapii.
(všeobecná sestra)

10:00-11:00 Odpočívá v lůžku, končetina v úlevové poloze – elevaci.

12:00 Měříme u pacientky fyziologické funkce, kontrolujeme odpady z drénu a měříme P+V za 6 hodin. (všeobecná sestra)

12:00-15:00 Pacientka nepociťuje bolest, vyžaduje pouze lokální kryoterapii, rehabilituje na chodbě s rodinou. (všeobecná sestra)

15:00-16:00 Rehabilitace s fyzioterapeutem – 30 minut motodlaha, poté chůze o berlích po chodbě a trénink chůze po a ze schodů.

18:00 Měříme fyziologické funkce, hodnotíme odpady z drénu, měříme P+V.
(všeobecná sestra)

21:00 Pacientka udává bolest č. 5 podána analgetika s. c. dle ordinace lékaře. (všeobecná sestra)

21:45 Udává zmírnění bolestí.

22:15 Pacientka spí, dále pokračujeme v lokální kryoterapii.

22:15-6:00 Pacientka klidně spí.

6:00 Provádíme měření fyziologických funkcí, kontrolujeme odpady z drénu, lokálně ledujeme, pacientka udává mírné bolesti dle analogové škály č. 3, podáváme intravenózně analgetika. (všeobecná sestra)

7:00 Pacientka udává úlevu.

Hodnocení: Pacientka zná analogovou škálu bolesti a umí ji používat. V klidovém režimu je pacientka téměř bez bolesti. Po rehabilitaci a na noc udává bolesti větší, po podání analgetik pociťuje úlevu.

Krátkodobý cíl byl splněn částečně, nadále po dobu hospitalizace pokračujeme v intervencích 2, 3, 4, 5, 6.

Dlouhodobý cíl tedy plněn nebyl.

b) Nedostatek spánku (00096)

Nedostatek spánku z důvodu nočních bolestí, změny prostředí a pospávání přes den.

Doména 4. Aktivita/Odpočinek

Třída 1 Spánek/odpočinek

Určující znaky:

- ospalost
- únava
- podrážděnost

Související faktory:

- dlouhodobý diskomfort
- bolest

Cíl krátkodobý: Pacientka je dostatečně aktivizována přes den, proto dochází ke zlepšení kvality spánku v noci do 1 dne.

Cíl dlouhodobý: Pacientka spí celou noc bez podání hypnotik do 7 dnů.

Priorita: nízká

Výsledná kritéria:

Pacientka zná účinky hypnotik. Do 4 hodin.

Pacientka dokáže určit své potřeby k navození kvalitního spánku. Do 1 dne.

Plán intervencí:

1. Pozoruj pacienta při spánku (všeobecná sestra, průběžně)
2. Monitoruj spánkové návyky (všeobecná sestra, každou noc)

3. Starej se o přípravu prostředí ke spánku (všeobecná sestra, průběžně)
4. Pomoz pacientovi dosáhnout optimálního spánku zohledněním režimu dne (všeobecná sestra, každý den)

Realizace:

1. pooperační den 6. 10. 2015

6:00 Ranní hygiena, měření FF, kontrola celkového stavu.

7:00-11:00 Aktivizace - chůze, nácvik sedu, otáčení na lůžku, motodlaha.

12:00-15:00 Pacientka odpočívá v lůžku.

15:00-15:30 Motodlaha, RHB.

16:00-18:00 Klidový režim.

22:00-5:00 Zajištění klidného spánku, pacientka spala až do rána bez obtíží, bez bolestí.
(všeobecná sestra)

2. pooperační den 7. 10. 2015

6:00-18:00 Zajištění RHB péče, dostatečného klidového režimu. (všeobecná sestra)

Hodnocení:

Pacientka dokáže najít úlevovou polohu. Dokáže si připravit prostředí pro kvalitní spánek (vyvětrat pokoj, upravit lůžko). Pacientka má kvalitní spánek díky úlevě analgetiky.

Krátkodobý cíl byl splněn částečně, po dobu hospitalizace pokračuj v intervencích 1,2,3,4.

Dlouhodobý cíl byl splněn, pacientka před odjezdem na RHB nevyžaduje hypnotika na noc.

c) *Narušená integrita tkáně (00044)*

Z důvodu mechanického porušení kůže, které se projevuje operační ránou a zavedeném drénu.

Doména 11. Bezpečnost/Ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Určující znaky:

- poškozená tkáň

Související faktory:

- stav po operaci
- chirurgický zákrok
- zhoršená mobilita

Cíl krátkodobý: pacientka zná zásady péče o invazivní vstupy a operační ránu do 3 hodin.

Cíl dlouhodobý: u pacientky došlo ke zhojení rány per primam do 14 dnů.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka udržuje operační ránu v čistotě, zná péči o invazivní vstupy. Do 1 dne.

Dodrží léčebný režim po dobu hospitalizace.

Pacientka je seznámena s projevy infekce, chápe nutnost aseptických převazů operační rány a invazivních vstupů. Do 3 hodin.

Plán intervencí:

1. Všímej si charakteristik zánětlivého ložiska (všeobecná sestra, průběžně)
2. Denně kontroluj rány, pátrej po známkách infekce (všeobecná sestra, při převazu)
3. Dbej na dobrou výživu (všeobecná sestra, každý den)
4. Prováděj dostatečnou mobilizaci (všeobecná sestra, každý den)
5. Při převazování ran postupuj asepticky (všeobecná sestra, každý den)
6. Sleduj laboratorní výsledky (všeobecná sestra, po dodání výsledků, následně informuj lékaře)

Realizace:

1. Pooperační den 6. 10. 2015

6:00 Kontrola sterilního krytí na ráně, kontrola okolí drénu a PŽK, TT 36,5 °C, TK 118/56, P 72'. (všeobecná sestra)

7:00 Ranní vizita s lékařem - kontrola operační rány, odpadů z drénu. (všeobecná sestra)

7:30 Aseptický převaz a kontrola rány, odpadů z drénů a jeho okolí, převaz PŽK – kontrola okolí vpichu. Poučení pacientky o dodržování pitného režimu. (všeobecná sestra)

12:00 Kontrola krytí operační rány, sterilní krytí čisté bez průsaku, odpady z drénu přiměřené, sterilní krytí čisté bez průsaku. (všeobecná sestra)

15:00 kontrola krytí operační rány, sterilní krytí čisté bez průsaku, odpady z drénu přiměřené, sterilní krytí mírně prosáklé, navázáno čtverci. (všeobecná sestra)

18:00 kontrola operační rány – rána bez průsaku. Okolí drénu dále neprosakuje, krytí čisté, odpady z drénu 280 ml. TK 120/68 P 68' TT 36,7 °C. (všeobecná sestra)

22:00 kontrola periferie, rána bez průsaku, sterilní krytí okolo drénu čisté dále neprosakuje. Odpady z drénu 50 ml. (všeobecná sestra)

6:00 kontrola krytí na operační ráně, okolo drénu. Odpady 80 ml. (všeobecná sestra)

2. pooperační den 7. 10. 2015

6:00 kontrola sterilního krytí na ráně, kontrola okolí drénu a PŽK, TT 36,9 °C, TK 116/52, P 68'. (všeobecná sestra)

7:00 ranní vizita s lékařem - kontrola operační rány, odpadů z drénu. Dle odpadů lékař rozhodl o extrakci drénu. (všeobecná sestra)

7:30 aseptický převaz a kontrola rány, extrakce drénu aseptickým způsobem pomocí sterilních nástrojů, byl odstraněn steh a drén extrahován, rána sterilně krytá. (všeobecná sestra)

12:00 kontrola krytí operační rány, sterilní krytí čisté bez průsaku, rána po drénu s mírným průsakem vzhledem k rehabilitaci, sterilně navázáno. (všeobecná sestra)

15:00 kontrola krytí operační rány, sterilní krytí čisté bez průsaku. (všeobecná sestra)

18:00 kontrola operační rány – rána bez průsaku. Rána po drénu dále neprosakuje krytí čisté. TK 120/68, P 68', TT 36,7 °C. (všeobecná sestra)

22:00 kontrola periferie, rána bez průsaku, rána po drénu opět mírně prosáklá znovu navázáno. (všeobecná sestra)

6:00 kontrola krytí na operační ráně, rána po drénu bez průsaku. (všeobecná sestra)

Hodnocení:

U pacientky nedošlo k žádným pooperačním komplikacím.

Cíl krátkodobý byl splněn. Dlouhodobý cíl nelze zhodnotit, pacientka odjela 7 den na RHB.

4.7.2 POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY**a) Riziko vzniku infekce (00004)**

Z důvodu zavedení invazivních vstupů.

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 1. Infekce

Rizikové faktory:

- chronické onemocnění
- invazivní postupy
- nedostatečné znalosti, jak se nevystavovat patogenům

Cíl krátkodobý: Pacientka zná příčiny a projevy infekce do 30 minut.

Cíl dlouhodobý: U pacientky nedojde při pobytu v nemocnici ke vzniku infekce do 7 dnů.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka zná zásady péče o PŽK a PMK. Do prvního dne hospitalizace.

Pacientka chápe aseptické postupy při péči o invazivní vstupy. Do dvou dnů hospitalizace.

U pacientky se nevyskytnou místní ani celkové projevy infekce. Do tří dnů hospitalizace.

Plán intervencí:

1. Prováděj prevenci nozokomiálních nákaz (všeobecná sestra, každý den)
2. Dodržuj u všech invazivních zákroků aseptický postup (všeobecná sestra, každý den)

3. Pečuj o adekvátní hydrataci pacienta a o dostatečnou výživu (všeobecná sestra, průběžně)
4. Podávej léky dle ordinace lékaře (všeobecná sestra, každý den)

Realizace:

1. pooperační den 6. 10. 2015

6:00 Kontrola celkového stavu pacientky, kontrola průsaku z rány a okolí drénu. (všeobecná sestra)

8:00 Převaz operační rány aseptickým postupem za použití nástrojů, rána je klidná bez známek infekce. PŽK je zavedená druhý den, asepticky převázáno a opět sterilně kryto, v okolí vpichu je klidné, měkké, bez zarudnutí. (všeobecná sestra)

8:15 poučení pacientky v péči o PMK – důležitá je řádná hygiena (dle poučení všeobecné sestry) v okolí ústí močové trubice. (všeobecná sestra)

12:00 Kontrola stavu, operační rány, okolí drénu a PŽK, rány klidné bez známek infekce, pacientka poučena o pitném režimu, který je po celý den zajištěn. (všeobecná sestra)

15:00 Kontrola stavu, PMK odvádí čistou moč. (všeobecná sestra)

18:00 Péče o PMK a invazivní vstupy, PŽK bez zarudnutí a dalších známek infekce, průchozí. Krytí suché bez průsaku. (všeobecná sestra)

22:00 Kontrola periferie, PMK odvádí čistou moč, sterilní krytí čisté bez průsaku.

6:00 Kontrola celkového stavu, periferie, prokrvení, PMK odvádí čistou moč. (všeobecná sestra)

2. pooperační den 7. 10. 2015

6:00 Kontrola celkového stavu pacientky, kontrola průsaku z rány a po drénu. (všeobecná sestra)

8:00 Převaz operační rány aseptickým postupem za použití nástrojů, rána je klidná bez známek infekce. PŽK je zavedená druhý den, asepticky převázáno a opět sterilně kryto, v okolí vpichu je klidné měkké bez zarudnutí. (všeobecná sestra)

8:15 Řádná hygiena v okolí ústí močové trubice. (pacientka s dopomocí všeobecné sestry)

12:00 Kontrola stavu, operační rány, okolí drénu a PŽK, rány klidné bez známek infekce. (všeobecná sestra)

15:00 Kontrola stavu, PMK odvádí čistou moč. (všeobecná sestra)

18:00 Péče o PMK a invazivní vstupy, PŽK bez zarudnutí a dalších známek infekce, průchozí. Krytí suché bez průsaku. (všeobecná sestra)

22:00 Kontrola periferie, PMK odvádí čistou moč, sterilní krytí čisté bez průsaku. (všeobecná sestra)

6:00 Kontrola celkového stavu, periferie, prokrvení, PMK odvádí čistou moč. (všeobecná sestra)

Hodnocení:

U pacientky nedošlo během hospitalizace k místním ani celkovým projevům infekce. Zná důvody k aseptickým postupům při převazování ran a ošetřování PŽK. Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn.

b) Riziko pádu (00155)

Z důvodu operačního výkonu na dolní končetině a tím spojené poruchy hybnosti.

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Rizikové faktory:

- pády v anamnéze
- používání pomůcek (brýle, francouzské hole)

Cíl krátkodobý: Pacientka zná zásady, jak předcházet riziku pádu, chápe edukaci o signalizačním zařízení do 2 hodin.

Cíl dlouhodobý: U pacientky nedojde během hospitalizace k pádu do 7 dnů.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka je edukována sestrou o rizicích pádu a chápe je. Do dvou hodin.

Okolí lůžka je uzpůsobeno k zamezení rizika pádu a přizpůsobeno k lepší orientaci v pokoji. Do tří hodin.

Plán intervencí:

1. Zajisti bezpečné prostředí v okolí pacienta (postranice, suchá podlaha, kompenzační pomůcky) (všeobecná sestra, každý den)
2. Zajisti dohled nad pacientem (všeobecná sestra, průběžně ve službě)
3. Seznam pacienta se všemi bezpečnostními opatřeními (všeobecná sestra, při příjmu na oddělení)
4. Zajisti celkovou bezpečnost pacienta při léčebných výkonech (všeobecná sestra, každý den)

Realizace:

1. pooperační den 6. 10. 2015

6:00 Ranní hygiena provedena na lůžku, postel je zabezpečena zábranami, v dosahu signalizační zařízení. (všeobecná sestra)

7:00 První vertikalizace s fyzioterapeutem o dvou francouzských holích, edukace o správné chůzi, zajištění stability pacientky. (všeobecná sestra)

7:30 Chůze po chodbě s doprovodem, nácvik chůze, sedu a následně uložení na lůžko.

9:00-18:00 Pacientka dodržuje zásady polohování a řídí se radami ošetřujícího personálu. (všeobecná sestra)

2. pooperační den 7. 10. 2015

6:00-18:00 Pacientka se snaží pohybovat dle pokynů zdravotnického personálu v rámci lůžka po celý den.

10:00 Edukace pacientky o prevenci pádu a ovládnání polohovacího lůžka. (všeobecná sestra)

Hodnocení:

Pacientka chápala rizika pádu, snažila se jim předcházet. Během hospitalizace nedošlo k pádu ani jinému zranění pacientky. Dodržovala režim oddělení a všechna poučení, která dostala od všeobecných sester či fyzioterapeuta.

Cíl krátkodobý i dlouhodobý byl splněn.

c) Riziko vzniku funkční inkontinence (00020)

Z důvodu zavedení PMK spolu se zhoršenou pohyblivostí.

Doména 3. Vylučování a výměna

Třída 1. Funkce močového systému

Určující znaky:

- čas potřebný na cestu, na toaletu je příliš krátký
- pocit'uje potřebu vyprázdnit se

Související faktory:

- poruchy zraku
- oslabené svalové dno pánevní
- zavedení PMK

Cíl krátkodobý: Pacientka zná zásady péče o PMK do 3 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nebude po odstranění permanentního močového katetru trpět močovou inkontinencí do 6 dnů.

Priorita: nízká

Výsledná kritéria:

Pacientka zná důvod zavedení PMK. Do dvou hodin.

Pacientka je edukována sestrou o odstranění PMK o důsledné hygieně. Do prvního dne hospitalizace.

Pacientka netrpí funkční inkontinencí po odstranění PMK do pěti hodin.

Plán intervencí:

1. Zajisti prostředky signalizace (zvonek, světelné znamení) (všeobecná sestra, při přijetí na oddělení)
2. Dbej na úpravu oděvu pacientky (všeobecná sestra, dle potřeb pacientky)
3. Udržuj cestu k toaletě volnou (všeobecná sestra, vždy)
4. Zajisti pacientce nádobu na močení (všeobecná sestra, dle potřeby pacientky)
5. Vysvětli pacientce, že jde o krátkodobou situaci spojenou s PMK (všeobecná sestra, průběžně)

Realizace:**1. pooperační den 6. 10. 2015**

8:00 Pacientka edukována o zásadách péče o PMK a sledování denních bilancí (všeobecná sestra)

9:00-18:00 Sledování bilancí, moč čirá, bilančně dostačující (všeobecná sestra)

2. pooperační den 7. 10. 2015

9:00 PMK odstraněn, pacientka edukována o hygieně, klademe důraz na dostatečnou hydrataci (všeobecná sestra)

9:30 Edukace pacientky o možných komplikacích spojených s odstraněním PMK (všeobecná sestra)

Hodnocení:

Pacientka dodržovala hygienický režim. Snažila se aktivně podílet na aktivizaci. Vertikalizace proběhla natolik rychle, že se mohl permanentní močový katetr odstranit již 2 pooperační den. U pacientky k funkční inkontinenci nedošlo.

Cíl krátkodobý i dlouhodobý byl splněn.

4.8 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

S pacientkou byl navázán bezkonfliktní, příjemný kontakt. Během hospitalizace jsme pečovali o potřeby pacientky, které zasahovaly do bio-psycho-sociálních oblastí.

V rámci lékařské a ošetrovatelské péče se stav pacientky zlepšoval každým dnem. Ošetrovatelské diagnózy, které jsme si určili, jsme realizovali pomocí intervencí. Bolest se během hospitalizace dostala dle škály bolesti na č. 2, avšak ošetrovatelská diagnóza byla splněna částečně, proto nadále pokračujeme v intervencích 2, 3, 4, 5, 6.

V průběhu hospitalizace nedošlo k žádným pooperačním komplikacím, ani k pádu pacientky. Pacientka se sama podílela na pooperační péči a aktivně se zapojovala v rehabilitaci.

Pacientka byla při překladu na rehabilitaci poučena o následné péči o ránu a dalším léčebném postupu.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Díky zkušenostem z odborné praxe a čerpání poznatků z odborné literatury na téma totální endoprotéza, přinášíme následné doporučení pro pacienty po této operaci, pacientovu rodinu a nelékařský personál.

DOPORUČENÍ PRO NELÉKAŘSKÝ PERSONÁL

Z našeho pozorování vyplývá, že nejdůležitější je kvalitní předoperační příprava pacienta. Nejen fyzická, ale hlavně psychická. Pro pacienta je důležité vědět, jak to bude probíhat následující dny po operaci. Z doporučení tedy vyplývá nutnost řádně edukovat pacienta před samotným výkonem, pacient ví, co ho následně čeká, a dokáže lépe spolupracovat, když ví, co se od něj očekává. Snažit se navázat partnerský vztah s pacientem. Dodržovat intimitu a soukromí pacienta. Vždy odpovědět na pacientovi otázky – pokud na ně mohu odpovědět, popřípadě odkázat s dotazem na lékaře.

DOPORUČENÍ PRO PACIENTY

Pro pacienta je důležité si uvědomit, že díky operaci přijde částečně o svou soběstačnost, proto je důležité nebát se o cokoli požádat, ale zároveň v rámci rehabilitace zvyšovat svou aktivizaci.

Dalším důležitým doporučením je verbalizovat bolest dostatečně včas a pravidelně. Nečekat, až se bolest dostane na nesnesitelnou úroveň.

Pacient by si měl před nástupem do nemocnice s doporučením od lékaře zařídit následnou rehabilitaci, nebo lázeňskou léčbu. Tento postup je pro pacienta velmi důležitý. V prostředí pro pacienta příjemnější (než je nemocniční zařízení) si prohloubí své znalosti, co se týče správné chůze, sedání a cvičení, které je po této operaci vhodné.

Celkově je důležitá důvěra mezi pacientem - všeobecnou sestrou - fyzioterapeutem - lékařem. Tyto čtyři články, které jsou navzájem propojeny, spolu musí vzájemně komunikovat a vycházet si vstříc.

ZÁVĚR

Náhrada kolenního klubu je chirurgický zákrok, který obsahuje druhou přičku v četnosti ortopedických operací v České republice. Tato operace dokáže pacienta navrátit opět k bezbolestným aktivitám běžného života. (HOSPODÁR, 2006)

Operace se provádí u pacientů různých věkových kategorií, avšak je časově omezená, reoperace lze provést pouze třikrát za život. Je obdivuhodné jak pacientka H. J. i se svým onemocněním zvládá běžné činnosti a péči o rodinu.

Cílem této práce bylo seznámení s problematikou onemocnění s názvem gonartróza. Bakalářská práce je rozdělena na dvě stěžejní části, a to teoretickou a praktickou část.

V teoretické části jsme se zabývali především chirurgickým řešením gonartrózy, jeho historií, složením používaných komponent, typů používaných endoprotéz, samozřejmě indikací a kontraindikací k tomuto výkonu.

V další části obsahující teoretickou část, je samotné onemocnění gonartróza, což je specifický typ artrózy napadající kolenní kloub. Zde jsme popisovali etiologii, klinický obraz, klinické vyšetření lékařem, diagnostiku a léčbu, která se dělí na dva základní typy, a to konzervativní a chirurgickou.

V praktické části jsme zpracovali kazuistiku u pacientky H.J., která byla přijata dne 4. 10. 2016 na chirurgické oddělení v nemocnici Na Homolce v Praze. Popisujeme zde základní údaje o pacientce, aktuální pacientčin stav při příjmu, lékařskou anamnézu.

V ošetrovatelské části se práce zabývá ošetrovatelským procesem. Pro vytvoření ošetrovatelské anamnézy jsme zvolili model podle Marjory Gordonové. Vytvořili jsme ošetrovatelské diagnózy s přihlédnutím na aktuální stav pacientky.

Pro budoucí praxi by tato práce mohla být nápomocna na vytvoření edukačního materiálu pro pacienty. Také pro všeobecné sestry, jak moc je důležitá psychická

podpora pacienta, včasná mobilizace, a hlavně včasná péče a tlumení bolestí, které pacienta omezují nejvíce.

V úvodu jsme si stanovili 5 cílů – 3 pro část teoretickou a 2 pro část praktickou. Snažili jsme se o seznámení s danou problematikou onemocnění gonartróza, seznámení se specifiky předoperační a pooperační a následné péče. Dalším cílem bylo pacientku seznámit s možnostmi následné rehabilitace. Sepsáním kazuistiky se nám povedlo dosáhnout dalšího z našich cílů vytyčených v úvodu. V neposlední řadě jsme vypracovali doporučení pro praxi a edukační leták se základními informacemi jak postupovat.

Tím byly námi stanovené cíle splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BOROŇOVÁ, Jana, 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství*. Plzeň: Mauera, Edvarda Beneše 56, Plzeň. ISBN 978-80-902876-4-8.

DUNGL, Pavel et al., 2005. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-2470550-7.

GALLO, Jiří, 2014. *Osteoartróza: [průvodce pro každodenní praxi]*. Praha : Maxdorf. ISBN 978-80-7345-406-7.

HOSPODÁR, Vladislav, 2011. *Totální endoprotéza - neviditelný pomocník* [online] [cit. 2016 - 30 - 3].

Dostupné z: <http://www.mednews.cz/cz/aktuality/17026/totalni-endoproteza-neviditelny-pomocnik>

JAHODA, David et. al., 2008. *Infekční komplikace kloubních náhrad*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-158-1.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENKOVÁ, 2011. *Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech*. Ostrava: Lékařská fakulta lékařské university v Ostravě. ISBN 978-80-7464051-3.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-2474412-4.

KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ, 2005. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 80-7013-423-2.

KOLÁŘ, Pavel, 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807262-657-1.

KOUDELA, Karel et. al., 2007. *Ortopedie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0654-5.

KRISTINÍKOVÁ, Jarmila, 2006. *Rehabilitace v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Ostrava Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7368-224-9.

MAXEY, Lisa and Jim MAGNUSSON, 2013. *Rehabilitation for the postsurgical orthopedic patient*. 3rd ed. St. Louis: Elsevier/Mosby. ISBN 978-0-323-07747-7.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. I. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1442-6.

MIKŠOVÁ, Zdeňka et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. II. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1443-1.

NANDA International, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy Definice & klasifikace*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.

PAVELKA, Karel et al., 2005. *Farmakoterapie revmatických onemocnění*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0459-5.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1211-3.

PROCHÁZKOVÁ, Zdeňka, 2016. *Rehabilitační ošetrovatelství – ošetrování pacienta po TEP kolenního kloubu*. [online]. [cit. 2016 – 22 – 3]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/rehabilitacni-osetrovatelstvi-osetrovani-pacienta-po-implantaci-tep-kolenniho-kloubu-481624>

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-297-3130-8.

ŠVÁB, Jan et al., 2008. *Chirurgie vyššího věku*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2604-5.

TRNAVSKÝ, Karel a Vratislav RYBKA, 2006. *Syndrom bolestivého kolena*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262391-5.

VAVŘÍK, Pavel et al., 2005. *Endoprotéza kolenního kloubu: průvodce obdobím, operace, rehabilitace a dalším životem*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-549-3.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualizované vyd. Praha: Maxdort. ISBN 978-80-7345-202-5.

ZACHAROVÁ, Eva et al., 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2068-5.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Rešeršní protokol	I
Příloha B - Motodlaha – RHB pomůcka	II
Příloha C - Ukázka totální náhrady kolenního kloubu	III
Příloha D – Čestné prohlášení	IV
Příloha E – Edukační leták	V

Příloha A – Rešeršní protokol

Téma rešerše: Ošetrovatelský proces u pacientky po totální endoprotéze kolenního kloubu

Žadatel: Monika Klímová

Jazykové vymezení: Čeština, angličtina

Klíčová slova v češtině:

Artroplastika – náhrada kolenního kloubu, artroplastika – náhrada kyčelního kloubu, protézy kolene, kyčelní protézy, osteoartróza, ošetrovatelský proces, ošetrovatelská péče, péče o pacienta, ošetrování, ortopedické ošetrovatelství, rehabilitační ošetrovatelství, chirurgické ošetrovatelství, rehabilitace.

Klíčová slova v angličtině:

Arthroplasty, Replacement, Knee, Nursing Process

Časové vymezení: 2005-2016

Druhy dokumentů:

Knihy, články, abstrakta, kvalifikační práce

Počet záznamů:

České zdroje: 78 záznamů / plné texty: 20

Zahraniční zdroje: 3 záznamy / plné texty: 3

Základní prameny:

Medvik (knihovny Medvik + Bibliographia medica Českoslovaca), CINAHL, Theses

Příloha B – Motodlaha – RHB pomůcka



Zdroj: <http://www.ormedent.cz/m13-k1-klasik.html>

Příloha C – ukázka totální náhrady kolenního kloubu



Zdroj: <http://www.mulacovanemocnice.cz/oddeleni/ortopedicke/>


Příloha D – Čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne

Monika Klímová
Jméno a příjmení studenta



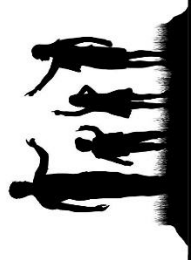
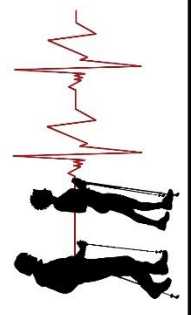


**ŽIVOT
S
ENDOPROTÉZOU**

S totální endoprotézou kolenního kloubu nastává další etapa. Vašeho aktivního života bez bolesti.

Chtěli bychom Vám představit nezbytná pooperační doporučení pro zajištění nejlepšího stavu kloubní náhrady.

Tento letáček obsahuje rady a doporučení, které aktivity jsou pro Vás vhodné a které ne.

Uvedená doporučení nejsou závazná a mohou se lišit v závislosti na Vaší kondici, věku a zdravotním stavu		
<p>Aktivity NEVHODNÉ po operaci</p> <p>Provozovat druhy sportů, při nichž dochází k prudkému zrychlení a náhlému zabrzdění (tenis, sjezdové lyžování atd.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vyláčet koleno ven ani dovnitř ● Sedět ani ležet s překříženými nohama ● Sedat do hlubokých křesel ● Nosit těžká břemena ● Sedat, klekat do vany ● Přetěžovat koleno dlouhodobým stáním ● Nadměrný přírůstek tělesné hmotnosti <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;">   </div>	<p>Aktivity NEZBYTNÉ po operaci</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dodržovat kontroly u ortopeda ● Pravidelné cvičit ● Koupelnu vybavit stoličkou ● Pevná obuv bez podpatku ● Dlouho nezůstávat ve stejné poloze ● Sedět na obou polovinách hýždí ● Kluzké povrchy opatřit protiskluzovými podložkami ● Odstranění překážek, o které můžete kloupnout, např. hran koberců, poházených předmětů <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>	<p>Aktivity VHODNÉ po operaci</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Řídit auto po 3 měsících ● Provozovat sex po 3 měsících ● Jízda na kole po rovných cestách ● Plavání ● Klasické tance ● Nordic walking <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>

Zdroje: Pavel Vavřík a kol., 2005. *Endoprotéza kolenního kloubu*. ISBN: 978-80-7254-549-0
 Pavel Dungle a kol., 2014. *Ortopedie*. ISBN: 978-80-247-4357-8
 Obrázky Profimedia.cz - licence Royalty-free

Zpracovala: Monika Klimová
 3. ročník kombinované formy bakalářského studia Všeobecná sestra,
 VŠZ Dušova 2, Praha

Zdroj: vlastní