

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY
S ARTRÓZOU KYČELNÍHO KLOUBU K OPERAČNÍMU
ŘEŠENÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

RADKA DOHNALOVÁ, DiS.

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY
S ARTRÓZOU KYČELNÍHO KLOUBU K OPERAČNÍMU
ŘEŠENÍ**

Bakalářská práce

RADKA DOHNALOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kubicová PhD.

Praha 2019



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

DOHNALOVÁ Radka
3VSV

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientky s artrózou kyčelního kloubu k operačnímu řešení

Nursing Process in a Patient with Hip Joint Arthrosis for Surgical Solution

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Miroslava Kubicová, PhD.

V Praze dne 15. listopadu 2018


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 nebo titulu akademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2019

podpis

ABSTRAKT

DOHNALOVÁ, Radka. *Ošetrovatelský proces u pacientky s artrózou kyčelního kloubu k operačnímu řešení*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kubicová PhD. Praha. 2019. 78 s.

Bakalářská práce je zaměřena ošetrovatelský proces u pacientky s artrózou kyčelního kloubu k operačnímu řešení. Teoretická část bakalářské práce je věnována obecnému popisu artrózy jejím příčinám, příznakům, rizikovým faktorům a druhům terapie, které je možno využít. Ve druhé kapitole jsou uvedeny indikace či naopak kontraindikace, které operaci zamezují a dále také možnosti chirurgické terapie. Ve třetí předposlední kapitole jsou uvedena specifika ošetrovatelské péče po implantaci totální endoprotézy. Pozornost je zde věnována péči o bolest, operační ránu, neboť cílem je hojení rány per primam a infekce, které mohou napadat ránu, způsobují nepříjemné komplikace nejen pacientovi, ale i lékaři a v neposlední řadě i ošetřujícímu personálu. Snaha vyhnout se jim nespočívá jen ve správném polohování a nutrici, ale i v motivaci pacienta a včasné započaté rehabilitaci. V této části je zmíněná i předoperační a pooperační péče, která zároveň slouží jako prevence proti komplikacím. V teoretické části je zmíněn i ošetrovatelský proces, který je zde stručně definován a jsou zde charakterizovány i jeho fáze. V praktické části je realizován ošetrovatelský proces, ve kterém je zhodnocen pacientův stav, jsou zde stanoveny ošetrovatelské diagnózy, cíle a intervence, které se nadále realizují. Závěrem je celý ošetrovatelský proces vyhodnocen.

Klíčová slova:

Artróza. Chirurgické řešení. Kyčel. Ošetrovatelský proces. Pacient.

ABSTRACT

DOHNALOVÁ, Radka. *Nursing Process in a Patient with Hip Joint Arthrosis for Surgical Solution*. Medical Collage. Degree: Bachelor (Bc.) Supervisor: PhDr. Miroslava Kubicová PhD. Prague. 2019. 78 pages.

The bachelor's thesis is focused on the nursing process in a patient with hip joint arthrosis indicated to the surgical treatment. The theoretical part deals with a general description of arthrosis, its causes, symptoms, risk factors, and types of therapies that can be performed. The second chapter includes the indications, or contraindications that prevent the surgery, and, furthermore, it speaks about options of the surgical treatment. The third chapter describes the specificities of nursing care after the total hip replacement. The attention is paid to managing pain and wound care because the aim is to heal the wound per primam, and infections affecting the wound cause unpleasant complications not only to the patient, but also to doctors, and last but not least to the nursing staff. The effort to avoid these complications is based not only on proper positioning and nutrition, but also on the patient's motivation and early rehabilitation. This chapter also mentions pre-operative and post-operative care, being at the same time prevention against complications. The theoretical part also contains the nursing process that is briefly defined and characterized in all its phases. The practical part deals with the implementation of the nursing process that includes the assessment of the patient's condition, and it suggests nursing diagnosis, goals and interventions that are further used. In the conclusion, the nursing process is evaluated.

Keywords:

Arthrosis. Hip. Nursing process. Patient. Surgical Solution.

PŘEDMLUVA

Artróza kyčelního kloubu je onemocnění, se kterým je možno setkat se ve všech věkových kategoriích. Nejsou to jen lidé ve vyšším věku, ale i vášniví mladí sportovci, kteří pokoušejí a neustále překonávají své hranice. Samozřejmě vlivem hektické doby, ve které žijeme, kdy je nutno mít vše v co nejkratším časovém intervalu vše splněno se zapomíná i na správnou životosprávu a pravidelný a nutný odpočinek, který je důležitý pro celý organismus.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila z důvodu zajímavosti problematiky totálních endoprotéz, ale i proto, že v rámci studia na vyšší odborné škole jsem měla možnost strávit dva měsíce na ortopedické jednotce intenzivní péče ve Fakultní nemocnici v Olomouci, kde mi byly poskytnuty zajímavé a cenné informace jak z řad lékařů, tak i nelékařského zdravotnického personálu. Každý den jsem poskytovala péči této skupině pacientů. Byla jsem svědkem jejich pokroku v oblasti sebekpěče i rehabilitace.

Ráda touto cestou poděkovala vedoucí práce paní PhDr. Miroslavě Kubicové PhD., za její cenné rady, věcné připomínky a za odborné vedení mé bakalářské práce.

Dále bych se chtěla zmínit a zároveň poděkovat Ing. Andree Drobiličové vedoucí oddělení ošetrovatelství a úseku léčebné péče Fakultní nemocnice Olomouc, paní Mgr. Petře Poulíkové vrchní sestře ortopedické kliniky a dále i paní Bc. Barboře Lisické staniční sestře ortopedické kliniky oddělení 29 A za poskytnutí zdravotnické dokumentace, díky které mohla být daná bakalářská práce zpracována.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

OBSAH	8
ÚVOD	14
1 ARTRÓZA	17
1.1. Příčiny.....	18
1.2 Příznaky artrózy.....	19
1.3 Prevalence a incidence	19
1.4 Rizikové faktory	20
1.5 Diagnostika.....	20
1.5.1 Zobrazovací metody	21
1.6 Terapie	22
1.6.1 Konzervativní.....	22
1.6.2 Chirurgická	23
2 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA	24
2.1 Chirurgická terapie	24
2.2 Kontraindikace komplikace operace	25
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PŘED A PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE	27
3.1 Pooperační péče	28
3.2 Monitorace v intenzivní péči	28
3.3 Péče o operační ránu.....	30
3.3.1 Převaz operační rány.....	30
3.4 Fyzioterapie	31
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	33
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY ARTRÓZOU KYČELNÍHO KLOUBU	35
5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	71

ZÁVĚR	73
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	75
PŘÍLOHY	79

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje pacienta.....	36
Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí.....	37
Tabulka 3 Farmakologická anamnéza.....	38
Tabulka 4 Výsledky laboratorních hodnot ze dne 3. 5. 2019	51
Tabulka 5 Medikamentózní terapie ze dne 3. 5. 2019.....	52

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

RTG	rentgen
TEP	totální endoprotéza

(HUGO a kol., 2016)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abdukce	odtažení, pohyb směrem od osy těla
Acetabulum	kloubní jamka kyčelního kloubu
Addukce	přitažení, pohyb směrem k ose těla
Anamnéza	předchorobí
Artróza	nezánětlivé degenerativní onemocnění kloubu
Cysta	patologická dutina s vlastní výstelkou
Denzita	hustota
Detekce	odhalení, zjištění
Dysbalance	nerovnováha
Enzym	bílkovina, která je schopna výrazně urychlit průběh biochemické reakce
Iatrogenní	způsobený lékařem
Incidence	počet nově vzniklých případů daného onemocnění za jeden rok
Indurace	chorobné ztvrdnutí tkáně či orgánu
Krepitace	zvuk vyvolaná třením dvou ploch o sebe
Nekróza	odumření tkáně či části orgánu, k němuž dojde v živém organismu
Nutrice	výživa
Osteofyt	kostní výrůstek vznikající například kolem kloubů postižených artrózou
Palpace	vyšetření pohmatem

Predispozice	skutečnost nebo stav usnadňující vznik určité poruchy
Prevalence	počet všech případů určitého onemocnění vztažných obvykle na 100 000 obyvatel za kalendářní rok
Rotace	otáčení, pohyb kolem vlastní osy
Trauma	úraz, poranění

(KAŠÁKOVÁ a kol., 2015)

ÚVOD

Dle dat, která pochází z výroční zprávy ortopedické kliniky ve Fakultní nemocnici Olomouc, je každý rok odoperováno 394 totálních endoprotéz každý rok a jejich trend se při porovnání s lety minulými neustále zvyšuje. Proto je ortopedie neustále se vyvíjející obor, který přináší nové a nové informace nejen z oblasti náhrad kyčelních, ale i rekonstrukční kloubní chirurgie. V okruhu široké veřejnosti, jsou totální endoprotézy velmi lukrativním tématem. Neboť každý ve svém okruhu blízké či vzdálené rodině zná někoho, kdo má s tímto pojmem nějaké zkušenosti. Lidé ve vyšším věku, kteří trpí na osteoartrózou často zapomínají na to, že prevencí daného onemocnění je pravidelný pohyb, vyvážená strava s dostatečným přísunem minerálních látek, bílkovin a vlákniny. Pokud se tedy snoubí nesprávný životní styl, nedostatečný pohyb a nadměrná konzumace potravin, je riziko vzniku osteoartrózy mnohonásobně vyšší. Není radno zapomenout i na druhý případ, kterým jsou sportovci, kteří neustále posunují své hranice extrémními sportovními výkony a zároveň ve většině případů nedodávají tělu potřebné stavební látky, pro opětovnou regeneraci celého těla včetně zatěžovaných kloubů.

V teoretické části bakalářské práce jsou zpracovány kapitoly, které se věnují popisu artrózy a jejím příčinám. Následují kapitoly, ve kterých je rozpracován historický vývoj totálních endoprotéz. Důležitou kapitolou jsou i režimová opatření a rehabilitace, které zabraňují následným komplikacím.

Praktická část je charakterizována ošetrovatelským procesem u pacientky s osteoartrózou kyčelního kloubu k operačnímu řešení, který je stěžejním celé závěrečné práce. Je složen z pěti složek ošetrovatelského procesu, které jsou posouzení pacienta, diagnostika, plánování, realizace a ve finální části je vyhodnocení celého ošetrovatelského procesu. Poslední součástí je i doporučení pro praxi pro pacienty, tak i pro zdravotní sestry pracující se skupinou pacientů po kloubní náhradě kyčle.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat onemocnění artróza na základě odborné literatury z provedené literární rešerše.

Cíl 2: Rozpracovat problematiku totálních endoprotéz na základě odborné literatury z provedené literární rešerše.

Cíl 3: Uvést specifika ošetrovatelské péče u pacientky s artrózou kyčelního kloubu určeného k operačnímu řešení na základě odborné literatury z provedené literární rešerše.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vypracovat ošetrovatelský proces u konkrétní pacientky s artrózou kyčelního kloubu určenou pro operační řešení.

Cíl 2: Navrhnout doporučení pro pacienty po operaci kyčelního kloubu.

Vstupní literatura:

HECZKOVÁ, Jana a Alan BULAVA, 2016. Monitorování. In: BARTŮNĚK, a kol. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada publishing. Sestra. ISBN 978-80-247-4343-1.

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

LANDOR, Ivan. 2012. *Revizní operace totálních náhrad kyčelního kloubu*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-254-4.

MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 80-247-1399-3.

PLEVOVÁ, Ilona. 2018. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-271-0888-6.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2019. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Text pro posluchače zdravotnických oborů. [online]. ISBN: 978-80-902876-9-3.

Popis rešeršní strategie

Kritéria pro vyhledávání stanovena v českém, anglickém jazyce a byla zadána klíčová slova artróza, chirurgické řešení, kyčel, ošetrovatelský proces a pacient. V překladu do anglického jazyka Arthrosis, Hip, Nursing process, Patient, Surgical Solution. Celkem bylo vyhledáno 99 záznamů. Z těchto záznamů bylo vyhledáno 23 knih, 68 článků a 8 vysokoškolských prací. Bylo využito též elektronické databáze Vědecké knihovny v Olomouci. Převážná literatura byla vypůjčena v téže knihovně.

1 ARTRÓZA

Osteoartrózou označujeme takové onemocnění synoviálního kloubu, které splňuje klinické, obrazové, a laboratorní známky osteoartrózy. Jde o heterogenní skupinu nemocí synoviálního kloubu primárně nezánettivé povahy, na rozdíl od primárně zánětlivých kloubních nemocí (GALLO, 2014, s. 10.).

Artróza nosných kloubů je řazena mezi onemocnění, která postihují čím dál větší skupinu populace a velmi často si dané onemocnění nese i velký podíl na zhoršení kvality života pacienta. Artróza jakožto degenerativní onemocnění limituje i počet pacientů, pro které je následná operační léčba nedoporučována či dokonce kontraindikována. Tato skupina pacientů, kteří nemohou využít operační intervence, jsou hromadně označováni jako křehcí pacienti (OPAVSKÝ a kol., 2016). Zvláštní pozornost by měla být věnována i ženám, které mohou trpět tak zvanou post menopauzální osteoporózou a zvýšenou frekvencí fraktur (HORÁK a kol., 2014). Avšak displázie kloubu je také jedním z mnoha faktorů, které přispívají na celkový výskyt artrózy kyčelního kloubu (ULUCAY et al., 2013). Celkově zle tedy osteoartrózu kyčelního kloubu označit jako velmi obtížně léčitelné onemocnění. Neboť kauzální příčina artrózy není zcela objasněna, jsou zde pouze rizikové faktory, které mohou vznik osteoartrózy podpořit a rapidně urychlit (OLEJÁROVÁ, 2013). Patologicky poškozenou a změněnou kloubní chrupavkou se lékaři zabývají již několik staletí. Již v roce 1743 lékař William Hunter jako první tvrdil, že jednou poškozená kloubní chrupavka, nemá dostatečnou regenerační schopnost na to, aby se vrátila do původního stavu (ŠŤASTNÝ a kol., 2018).

1.1. Příčiny

Osteoartróza může postihnout jakýkoliv synoviální kloub v lidském těle. Nejčastější místo výskytu je oblast váhonosných kloubů (LANDOR, 2012). Mezi tyto klouby patří klouby na dolních končetinách, klouby na rukách a na páteři. Avšak mezi častý jev je považováno postižení několika skupin kloubů současně. Za nejvýznamnější faktory, pro vznik artrózy byly určeny vnější okolnosti a vrozené predispozice. I přes názorovou rozmanitost, se nabízejí dvě cesty, ve kterých má základní roli zátěž daného kloubu. Pokud nebyla určena příčina nízké odolnosti daného postiženého kloubu vůči určitému stupni zátěže, jedná se o tak zvanou primární osteoartrózu na jejímž začátku je poškození svrchní vrstvy, která je porušena některou z příčin a došlo k mikrotraumatizaci kloubu (GALLO, 2014). Tento stav pak nadále postupuje a jeví se jako změknutí kloubu a je zde možnost uvolňování mikročástic z kloubu, které se dostanou do synoviální výstelky kloubu. Zde byla prokázána přítomnost lytických enzymů, jejich hlavní funkcí je lyzování těchto mikročástic a umožnit jim vstřebávání. Tyto enzymy však nepůsobí pouze na uvolněné mikročástice, ale i na kloubní chrupavku. Trhlíny jsou hlubší, širší a spojují se ve větší, až dojde k uvolnění větších částic chrupavek a tím se zvýší i počet produkovaných lytických enzymů (LANDOR, 2012). Na druhou stranu pokud byly prokázány faktory, které predisponují artróze, pak se jedná o tak zvanou sekundární artrózu. (GALLO, 2014). Mezi možné etiologické faktory sekundární artrózy byly zařazeny (traumata, vrozené vady a malformace, iatrogenní vlivy, metabolické choroby, aseptické nekrózy a v neposlední řadě i hormonální vlivy). Před tímto stupněm artrózy je stav preartrózy. Do tohoto mezistupně byly zařazeny některá závažná poranění kloubu (posttraumatická artróza) či chronická zánětlivá onemocnění nebo i infekční onemocnění kloubu (GALLO, 2014).

1.2 Příznaky artrózy

Pro každou kloubní lokalizaci je typický jiný klinický obraz. Každý člověk je jedinečný a prožívá své onemocnění jinak. Proto i často bývají prezentovány jiné příznaky a jinak dané jedince omezují a mají jiný dopad na životní styl. První známkou a příznakem, jenž přivede pacienta k lékaři, je bolest. **Bolest** bývá z prvopočátku po větší námaze a opakováním činnosti nebo pohybu ustupuje. Jedná se o tak zvanou startovací bolest. U kyčelní artrózy se bolest objevuje i po delším ležení či sezení. Vlivem času a stupni poškození kloubu se dále bolesti mohou objevovat v lokalizaci, jako jsou třísla, horní část stehna a lýtka. Následkem úlevových poloh, které pacient vyhledává, jsou vertebrogenní obtíže, které se v pozdějších stádiích objevují hlavně v noci (GALLO a kol., 2011). Mezi další příznaky, patří startovací kloubní ztuhlost. Tento nepatrný příznak, kterému nevěnují pacienti velkou pozornost, se objevuje hned mezi prvními. (JESSEL, 2004). **Kloubní ztuhlost** je nejen příznakem subjektivním tedy takovým, jak ho vnímá postižená osoba, ale i objektivním, který zle charakterizovat sníženým rozsahem hybnosti. Krátkodobé tak zvané startovací bolesti jsou typickým příznakem artrózy, naopak delší období této bolesti může značit zánětlivé choroby kloubů (GALLO a kol., 2011). Typická pro onemocnění kyčelního a kolenního kloubu je tak zvaná **kachní chůze**. Ta vzniká důsledkem opotřebování kloubu, jeho bolestivosti a opotřebováním okolních svalů a šlach. Jedná se o nestejnorodou kolébavou chůzi s napadáním na jednu končetinu. Pokud není patologický stav řešen a léčen, pacient se vlivem neschopnosti ujít delší vzdálenost stává nesamostatným a kvůli udržení končetiny v úlevové poloze i částečně imobilním (TRNAVSKÝ, 2002). Další příznak, který je subjektivně velmi negativně vnímám je **krepitace**. Jelikož má artróza čtyři stádia, v každém z těchto jednotlivých stádií se může objevit lupání, skřípání či drásání v kloubní štěrbině (TRNAVSKÝ, 2002).

1.3 Prevalence a incidence

Osteoartróza je onemocnění, se kterým se v ordinacích praktického lékaře objevují každoročně více procent populace než v předchozích letech. Prevalence symptomatické artrózy kyčelního kloubu se v dospělé populaci pohybuje v rozmezí mezi 0,7 až 4,4%. Prevalence i incidence onemocnění kloubu se ve všech lokalizacích, kyčle nevyjímaje zvyšuje s přibývajícím věkem. Ve většině případů jsou postiženy ženy a předčí tak

muže v poměru 2: 1. V populaci nad 65 let trpí obtížemi spojenými s artrózou kyčelního kloubu až 40 % z celkové populace. Seniori nad 80 let prakticky všichni trpí na jakoukoli formu osteoartrózy alespoň na jednom kloubu (TRČ, 2016).

1.4 Rizikové faktory

Rizikové faktory ze strany pacienta lze rozdělit do dvou základních skupin, a to do celkových a lokálních. Mezi **celkové rizikové faktory** můžeme zařadit přidružené nemoci pacienta a předchorobí. Choroby, které jsou před imputací totální endoprotézy sledovány a zjišťovány v anamnéze mohou být diabetes mellitus, onemocnění urogenitálního traktu, opakované infekce dýchacích cest, zubní a kožní infekce, poškození jater zhoubné nádory jako jsou nádory prsu, tlustého střeva, ledvin, prostaty, melanomy. **Lokální** jsou takové, které kompromitují v oblasti, do které má být endoprotéza implantována. Obecně mohou být mezi rizikové faktory řazeny všechny celkové stavy organismu, které ovlivňují celkovou imunitní odpověď organismu na infekce a umožňují tak vznik lokálního ložiska infekce, které pak může být nadále šířeno krevní cestou po celém organismu. Dále je považováno za rizikový stav lokální poškození, které ovlivňuje imunitní odpověď organismu a usnadňuje tak následnou bakteriální kolonizaci dané oblasti. Mezi takové patří jizvy či zhoršené prokrvení končetiny (TOMÁŠ, 2008).

1.5 Diagnostika

Cílem diagnostiky a klinického vyšetření je rozpoznání onemocnění a stanovení primární diagnózy. Dále může být použita při rozhodování k užití diferenciální diagnostice. K objektivním vyšetřovacím metodám bylo zařazeno: fyzikální vyšetření pacienta a základní měření (tělesná teplota, puls, krevní tlak, dech, váha, výška pacienta). Dalšími v ortopedii užívanými metodami jsou laboratorní testy a užití zobrazovacích vyšetřovacích metod. Základním vyšetřením pro zjištění příčin je **rodinná anamnéza**, která poskytuje informace o vrozených vývojových vadách, dědičných chorobách ze stran rodičů, sourozenců i dalších rodinných příslušníků. Pokud je jeden z rodičů mrtev, pátrá se po příčině úmrtí. Podstatný je také zápis těhotenství, porodů a potratů. Významnou informací jsou i nádorová onemocnění, která se v blízké pokrevní rodině vyskytují. Další významné podskupiny anamnézy jsou: osobní anamnéza, farmakologická anamnéza, epidemiologická anamnéza, sociální anamnéza,

pracovní anamnéza. Oblasti nynějšímu onemocnění by měla být věnována pozornost. Pacient zde popisuje své nynější problémy, kterého dovedly k návštěvě lékaře. Po detailním rozpracování anamnéza by mělo následovat **objektivní vyšetření celkové**, které je zaměřeno na vyšetření hlavy, krku, hrudníku a břicha. Status orthopaedicus generalis, který popisuje stavbu a tvar celého těla a jeho nepoškozených částí a porovnává je v druhou postiženou polovinou těla. V této skupině se nadále hodnotí i tvar a délka končetiny, její objem a funkce. Status orthopaedicus localis, popis pouze postižené části těla. Poslední slední skupinou, která patří do této skupiny je postoj a chůze, na který se zaměřuje cíleně u poškození páteře a dolních končetin. Ortopedická vyšetření mají svá specifika. Při dolní končetině a kyčelním kloubu sledujeme celkový tvar končetiny, postavení i osa. Končetina je palpována pro zjištění hluboké i povrchové citlivosti daných oblastí. Sledovány jsou i šelesty, které vznikají při pohybu kloubu či šlachy. Je měřena délka končetiny i její obvod. V neposlední řadě je zde hodnocena pasivní i aktivní pohyblivost jednotlivých kloubů, krevní zásobení končetin (stav tepenného i žilního systému), stav svalstva, u kterého se mohou objevit kontraktury či atrofie. U kyčelního kloubu se sleduje statika kyčle, která se zjišťuje pomocí Trendelenburgova testu. Dále je zde pozorováno postavení kyčle při addukci, abdukci i rotaci.

1.5.1 Zobrazovací metody

Prostý rentgenový snímek (RTG) se zaměřuje na tvar kloubních konců, postavení kloubu v ose, kloubní štěrbiny, osteofyty a denzitu kosti. Dle RTG vyšetření může být posouzen stav osteoartrózy dle Kellgrena Lawrence. Dle této klasifikace může být rozlišeno pět fází osteoartrózy.

0. Nejsou zřejmé žádné stupně osteoartrózy
1. Viditelné malé zúžení kloubní štěrbiny, objevují se zde malé osteofyty
2. Malé zúžení kloubní štěrbiny, drobné nerovnosti v kloubní štěrbině
3. Významné zúžení kloubní štěrbiny, objevují se zde velké osteofyty, cysty a výrazné poškození kloubní štěrbiny
4. Kloubní štěrbina zaniká, velké množství osteofytů, cyst a možnost vzniku nekrózy

Počítačová tomografie (CT) slouží k zobrazení národového onemocnění kostí, kloubů i měkkých tkání. Tímto vyšetření může být zjištěno jakou velikost dané ložisko

má, charakter tkáně, zdali se rozšiřuje do nitrodřeňových oblastí a nejsou-li postiženy okolní struktury. Dané vyšetření se také užívá k zjišťování patologických stavů, jako jsou nekrózy, abscesy, přerušení vazů. V neposlední řadě je CT vyšetření využito k plánované výměně kloubu, jehož pomocí je měřena velikost acetabula. **Magnetická rezonance (MR)** je využita v hlavně při detekci a zobrazení nádorů měkkých tkání končetin, skeletu a pánve. V dnešní době je nejmodernějším postupem 3D rekonstrukce k zobrazení nádoru a u plánované implantace prvotní či revizní náhrady kyčelního kloubu. Další hojně v ortopedii užívanou zobrazovací metodou je **ultrazvuk (UZ)**. Který využívá schopnost ultrazvukových vln se odrážet od různých tkání v těle. V ortopedii je považována za suverénní metodu diagnostiky patologických jevů v oblasti kloubů a defektů kloubních pouzder. Daného vyšetření může být využito i k zjištění výpotku v oblasti kyčelního kloubu. Pod jehož kontrolou může probíhat i jeho následná punkce (ROZKYDAL, Zbyněk a Richard CHALOUPKA 2017).

1.6 Terapie

Terapie u degenerativního onemocnění kloubu je dělena na konzervativní a chirurgickou. Léčba konzervativní zahrnuje režimová opatření, rehabilitaci, medikaci antirevmatiky a chondroprotektivy. Léčba chirurgická je indikována u pacientů, jejichž stav není řešitelný léčbou konzervativní (MÜLLER, 2010).

1.6.1 Konzervativní

Mezi účinné a efektivní elementy jsou zahrnovány i vnitřní pocity pacienta a strategie, jakou využije, aby dosáhl zlepšení svého stavu. Nejúčinnější a nejvhodnější postupy jakými pacient dosáhne úspěchu, jsou takové, které je schopen vykonávat rok, aniž by přestal (FERNANDES et al., 2012). **Úprava životního stylu a životosprávy** je prvním krokem, který pacient musí podniknout. Omezení a přetěžování postižení končetiny pomocí opěrných pomůcek jako je vycházková či opěrná hůl. Snažit se snížit hmotnost vhodnými sporty jako je plavání či jízda na kole. Důležité je volit takový sport, při kterém nedochází k přetěžování kloubu. Pravidelný pohyb je nejvýznamnějším preventivním opatřením, který brání progresi artrózy. Úzce související s životním stylem je i **rehabilitace**. Neboť ta udržuje dobrou trofiku dané skupiny svalů, která je v oblasti postiženého kloubu. Subjektivní potíže u pacientů, kteří pravidelně posilovali dané skupiny svalů, jsou výrazně menší. Na rehabilitaci úzce navazuje i **fyzikální protizánětlivá léčba**, která zahrnuje například vodoléčbu,

ultrazvuk, elektrické a magnetické pole. Tyto dané metody terapie jsou indikovány na základě fáze onemocnění a na momentálním klinickém nález. Pokud jsou naopak nadužívány ve fázi dekompenzace, mohou stav výrazně zhoršit. **Medikamentózní terapie** je nasazována při nezvládnutí stavu nemedikamentózní cestou. Preparáty, které se mohou při osteoartróze užít mohou být děleny na rychle působící léky, které mohou být nadále děleny do několika podskupin, a to neopiooidní analgetika, opiooidní analgetika, chondroprotektiva a nesteroidní antirevmatika, která se řadí na první místo volby při farmakologické léčbě osteoartrózy. Neboť jejich účinek je jak protizánětlivý, tak i analgetický. Léčba je však pouze symptomatická, neboť není zastavena progresse artrózy, naopak nadužívání může stav kloubu zhoršit. Analgetický účinek zamezuje signalizovat kloubu patologickou bolest, a tak může být kloub nadále nadměru přetěžován. Při léčbě danou skupinou antirevmatik je velké riziko vzniku nežádoucích účinků. Mezi nejznámější z nich patří poškození žaludeční sliznice, proto je vhodné střídat tabletovou formu střídat s čípky. U pacientů jejichž anamnéza je pozitivní na vředovou chorobu gastroduodena či jinou chorobu postihující žaludeční sliznici, je nutno zajistit prevenci antagonisty H₂ receptorů. Chondroprotektiva nebo také SYSADOA je skupina léků, které se vážou na receptory v chondrocytech a výrazně ovlivňují metabolismus těchto buněk. Jsou známé svým pomalým nástupem účinku, který se může objevit až po dvou měsících užívání. Daná skupina se dělí na celkově a lokálně působící. Nejčastěji se podávají v sérii dvou až tří měsíců dvakrát ročně. Největší výhodou je velmi malé riziko nežádoucích účinků, avšak v pokročilých fázích choroby je tato metoda neúčinná (SOSNA a kol., 2001).

1.6.2 Chirurgická

Chirurgická neboli operační léčba by měla být považována za poslední a krajní řešení a je indikována pacientům, u kterých jiné metody řešení selhaly a může být k užitku v různých fázích artrotického procesu. Podrobněji bude chirurgická problematika rozpracována v kapitole číslo dva.

2 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA

Náhrady kyčelního kloubu mohou být považovány za největší pokrok medicíny po II. světové válce. Tento operační výkon pozměnil zásadním způsobem život pacientů postižených degenerativním onemocněním váhonosného kloubu. Před uvedením do praxe byli pacienti často odkazováni na méně účinné chirurgické úkony, jako jsou např. resekce hlavice stehenní kosti, interpoziční plastiky dokonce se objevily i pokusy o transplantaci zničené kostní chrupavky. Umělá kloubní náhrada může být považována za vhodnou metodu léčby těžkých degenerativních kloubních onemocnění. Tato rutinní operace přináší nemocným především rychlou úlevu od obtíží a výrazné zlepšení funkce končetiny. (LANDOR, 2012). V dnešní době jsou používány nejvíce dva druhy endoprotéz. Cementované a bezcementované, které jsou i často dražší než ty cementované. (ŠTĚDRÝ, 2002)

2.1 Chirurgická terapie

Totální endoprotézy jsou náhradou krčku a hlavice kosti stehenní včetně acetabula umělým implantátem. Endoprotézy proto mohou být děleny do tří následujících skupin. **Totální endoprotézy celo-cementované**, které jsou charakteristické tím, že jamka, femorální dřík i s hlavicí je fixován do kosti pomocní kostního cementu. Polyetylenová jamka a kovový dřík s kovovou hlavičkou jsou dnes standardně užívanou kombinací. Je zde možno užít i kombinaci keramické hlavičky a polyetylenu, při jejichž spojení dochází k menšímu opotřebování polyetylenu. Druhou skupinou endoprotéz jsou **kloubní náhrady hybridní**. Jedná se o kombinaci cementovaného stehenního dříku a jednoho typu necementované jamky jako je press fit jamka, rozpínací jamka či šroubovací jamka. Tyto jamky jsou konstruovány tak, aby při opotřebení artikulační vložky byla možná výměna. **Endoprotézy kyčelního kloubu necementované** jsou indikovány u jedinců mladších než šedesát let. Oba komponenty, ze kterých se endoprotéza skládá to je jak jamka, tak i dřík se uchytí do kosti, avšak bez užití kostního cementu. Důvodem daného postupu je vrůstání kosti do pórů endoprotézy, a tak dochází k její fixaci. Samostatnou kapitolu tvoří **cervikokapitální endoprotézy**. Tento typ endoprotézy je indikován pacientům, jejichž životní prognóza není delší než

pět let. Největší výhodou daného typu je možnost okamžité vertikalizace daného pacienta při plné zátěži. Je tvořena jedním kusem, což znamená, že je spojena kovová, hlavice, s krčem a dříkem. Dřík je fixován v dřevné dutině kosti stehenní pomocí cementu a kovová hlavice je v přímém kontaktu s chrupavkou acetabula. Každý materiál stejně jako ty, které jsou užívány pro totální endoprotézu, je časem opotřeben či uvolněn. Ze statistiky vyplynulo, že po 20 letech dochází k uvolnění až 20 % totálních endoprotéz. Nejčastěji dochází k uvolnění samotné polyetylenové jamky, která je zafixována pomocí cementu. Uvolnění samotného cementovaného komponentu je až třicetkrát méně časté. Při uvolnění stehenního komponentu je velmi důležité zjistit stav a rozsah kostních defektů. Pokud je zachován trochanterický spongiózní masiv je možnost užít SROM dřík. Naopak zdali je defekt trochanteru natolik rozsáhlý musí femorální komponent mít prodloužení distální dřík jako je například Wágnierův (JANÍČEK, Pavel a kol., 2012).

2.2 Kontraindikace komplikace operace

Každý operační výkon ohrazují komplikace, kterým je třeba se vyhnout. Mezi preventivní postupy, které tomu mohou zabránit je kvalitní před operační přípravou, kde jsou zjištěny například infekce organismu. Mezi nejčastější komplikace, které mohou pacienta po operaci bezprostředně ohrozit je **krvácení**, které je nutno sledovat ať už na sekundárním krytí operační rány, množstvím obsahu v drénech, které jsou z rány vedeny nebo se skryté krvácení může projevit na fyziologických funkcích pacienta jako je bradykardie a tachypnoe. Při velkých krevních ztrátách je i důležitým ukazatelem množství moče, které pacient vymočí. Další komplikací, která úzce souvisí s již zmíněným krvácením, je **porucha koagulace**. V takovém případě byla špatně volena antikoagulační léčba již před operačním výkonem. Neboť hladiny antikoagulačních prostředků lze laboratorním vyšetřením sledovat a následně upravovat, tak aby ke krvácivým stavům nedocházelo. Nedojde-li k důsledné edukaci pacienta, další pooperační komplikací může být **luxace endoprotézy**, které může být způsobena už při operaci nesprávnou pozicí implantátu, tak nevhodným pohybem pacienta. V takové případě je nutné revidovat operovaný kloub a vrátit jej do vhodného postavení. S opětovným otevřením kloubní dutiny souvisí i možná infekce. **Infekční komplikace** se mohou objevit do pár hodin po operaci. Typickými známkami je otok, bolestivost a zvýšená tělesná teplota. Pokud jsou známky infekce objeveny včas, je zde možnost urychleného podání vysokých dávek antibiotik.

Pokud infekce zasáhne i nově implantovaný kloub je zde nutnost revizní operace. Infekční komplikace jsou velmi časté u pacientů s oslabenou imunitou, pacienti například trpící diabetem mellitem či astmatem. Proto každý pacient, který jde na plánovanou operaci, musí mít dostatečně poléčeny veškeré zánětlivé procesy v těle. Nejvíce obávanou komplikací je tromboembolická nemoc. Proto je důležité nastavit vhodnou a dostatečnou profylaktickou dávku nízkomolekulárního heparinu už před samotnou operací. Po prodělané operaci je vhodné převedení na tabletovou formu antikoagulancií na dobu až 8 týdnů (GALLO, 2012). **Kontraindikace operace** mohou být dvojího typu. Celkové a místní. Z celkových je řazena mezi nejvýznamnější nespůlpráce pacienta a to už od samého přijetí k hospitalizaci až po následnou rehabilitaci. Dále je to stav jedince, u kterého lze předpokládat, že po operaci, už nebude schopen pohybu. K lokálním kontraindikacím mohou být řazeny hnisavé kožní infekce, bérkové vředy a jakékoliv možné zdroje fokální infekce. Kontraindikací k operaci není nadváha pacienta. Pokud pacient v rámci úpravy životního stylu není schopen svoji váhu redukovat, je zde větší riziko výskytu komplikací (CHLÁDEK, 2016).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PŘED A PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE

Ortopedické operace jako všechny operace mají svou **předoperační přípravu**. Tu můžeme dělit na **dlouhodobou**, která se odhaduje až na déle jak měsíc před operací. V tomto časovém úseku je pacient informován o samotném výkonu. Doporučené je pro všechny pacienty omezení koření, vysazení medikace jako je hormonální antikoncepce a před operacemi kloubů je vhodná i redukce hmotnosti. Dále by praktického lékaře měly proběhnout všechna důležitá krevní vyšetření. Mezi ty nejdůležitější by se měly řadit odběry koagulace, základní biochemické vyšetření krve na hladiny minerálů, zánětlivé markery. Prokáže-li se zvýšení zánětlivých markerů, operace jako taková by měla být odložena a zdroj infekce by měl být odhalen a dostatečně poléčen. **Ve střednědobé předoperační přípravě** by pacient měl přejít, pokud užívá perorální antikoagulancia na antikoagulancia v injekční podobě jako je nízko molekulární heparin. Pokud jde o velké operace, u kterých je velké riziko krevních ztrát je možnost před výkonem podstoupit autotransfuzi, při níž bude odebrána pacientovi jeho vlastní krev a během operace mu bude pět navracena. Po dodání všech výsledků lékaři na oddělení, by měl být pacient odeslán anesteziologickou ambulanci, kde by mělo být stanoveno takzvané anesteziologické riziko, které se hodnotí od římského čísla jedna až pět. Výška anesteziologického rizika předurčuje možné komplikace, které by mohly souviset se samotným navozením anestézie. Po uložení pacienta na nemocniční lůžko všeobecná sestra by měla pacientovi ukázat navlékání kompresivních punčoch, které slouží jako prevence tromboembolické nemoci. Nemělo by se opomenout i na nácvik chůze s podpažními berlemi. Pacient by měl mít dopředu nastavenou správnou výšku podpažních madel. Nácvik chůze by měl probíhat jak na rovném povrchu oddělení, tak i na schodech. Důležité je i pacientovi důrazně vysvětlit, jaké pohyby jsou po operaci kontraindikovány, aby nedošlo k luxaci kyčle po operaci. Pacient v **krátkodobé předoperační přípravě** nesmí opomenout na očištnou koupel, která by měla být důkladná a pozornost by se měla věnovat i pupku, který je často zdrojem infekce. Při této příležitosti je vhodné i oholení místa operačního pole. V předoperačním období by měl pacient konzultovat se svým praktickým lékařem i následnou pooperační rehabilitaci. **Bezprostřední předoperační příprava** spočívá v edukování pacienta

o premedikaci ve Fakultní nemocnici Olomouc standardně podávaný diazepam 5 nebo 10 miligramů. Navléknutí kompresních punčoch, žádné označení končetiny, která má být operována. Aplikace preventivní dávky antibiotik, popřípadě podání krevních derivátů, pokud pacient podstoupil před plánovanou operací autotransfuzi. Pacient je pak následně odvážen v doprovodu všeobecné sestry na operační sál spolu s další dávkou antibiotik a veškerá ošetrovatelská dokumentace by měla být překontrolována, zdali jsou podepsány všechny informované souhlasy (BLAŽEK a kol., 2012).

3.1 Pooperační péče

Následuje hned po předání pacienta z operačního sálu. Hned v předávací hale je pacientovi navléknuto saturační čidlo, které měří tkáňové okysličení, jsou nalepeny svody na elektrokardiograf a je implantována manžeta na neinvazivní měření krevního tlaku. Na jednotce intenzivní péče je pacient uložen na lůžko a po půl hodině jsou sledovány fyziologické funkce, odpady z rány a z permanentního močového katétru. Nutné je i ponechat kompresivní punčochy. Zdravotní sestra sleduje celkový stav pacienta jako je opocení, neverbální projevy, teplotu, barvu a pohyblivost operované končetiny. Jako prevenci luxace kyčelního kloubu je preventivně operovaná končetina vkládána do derotační botičky, které zabraňuje nechtěnému pohybu končetiny. Délka pobytu na jednotce intenzivní péče je standardně okolo tří dnů, pokud je stav pacienta bez komplikací (BLAŽEK a kol., 2012).

3.2 Monitorace v intenzivní péči

Monitorování označuje soubor činností, které slouží ke sledování aktuálního stavu pacienta. Monitorace není sama o sobě léčebnou metodou, ale pouze zdrojem informací o pacientovi. K základním parametrům, které jsou monitorovány, patří srdeční frekvence a rytmus, krevní tlak, dechová frekvence, tělesná teplota, saturace hemoglobinu kyslíkem na periférii a diuréza. Měření daných hodnot může probíhat kontinuálně nebo v určitých časových úsecích. **Monitorace dechové frekvence** patří mezi základní sledované parametry. Je možno ji sledovat vedle prostého pohledu několika dalšími způsoby. Jednou z možností je sledování změn elektrického odporu hrudníku pomocí elektrod, které zároveň slouží pro snímání srdeční frekvence a vyhodnocení křivky elektrokardiografu. Normální hodnoty dechové frekvence jsou mezi dvanácti až šestnácti dechy. Avšak tyto hodnoty mohou být ovlivněny například

vitální kapacitou plic. Další neinvazivní metodou je **pulzní oxymetrie**, která je užívána u pacientů, u kterých hrozí vznik respirační insuficience. Tato metoda využívá absorpce infračerveného záření hemoglobinem a oxyhemoglobinem při jeho průchodu tkáněmi. Saturační čidlo je umístěno na akrální části těla, jako jsou prsty či ušní lalůček. Hodnoty vyobrazeny na monitoru jsou udávány v procentech a vyjadřují míru nasycení dostupného hemoglobinu kyslíkem. Norma saturace je udávána mezi 95 až 99 %. Neboť 100% saturace je považována za patologii. Úzce související s oxymetrií je **srdeční frekvence a elektrokardiografie**. Monitorace srdeční frekvence je definována mezi šedesáti až devadesáti tepy za minutu, přičemž musí brát v potaz věk monitorovaného pacienta. Srdeční frekvenci je možno zjistit palpačně na tepnách, které jsou uloženy při povrchu těla. Křivka elektrokardiografu znázorňuje elektrickou aktivitu srdce. Sledováním této křivky může být zavčas odhalena anomálie v srdečním rytmu či ischemie srdečního svalu. Objeví-li se chybné hlášení či jiný artefakt na křivce, může to být způsobeno pohybem pacienta, třesem nebo i odlepením snímací elektrody. Křivka elektrokardiografu je společně se **sledováním krevního tlaku** jednou z nejvíce vypovídajících hodnot. Měření krevního tlaku je děleno na invazivní a neinvazivní. Při stavech závažných, jako jsou traumata, septické stavy a mnoho dalších se užívá měření invazivní. Tento způsob je k vidění na vysoce specializovaných pracovištích, jako jsou anesteziologicko resuscitační oddělení. Pro neinvazivní měření je využívána oscimetrická metoda založená na detekci pulzací arterie při stlačení manžety tlakoměru. Přičemž největší amplituda odpovídá střednímu arteriálnímu tlaku, systolická a diastolická hodnota je odvozena od rychlosti vzrůstu či naopak poklesu. Měření touto metodou probíhá pomocí patientského monitoru, kde je možno nastavit intervaly jednotlivých měření. Jednou z posledních základních metod využívající se v intenzivní péči je **měření tělesné teploty**. Tyto hodnoty mohou být měřeny intermitentně i kontinuálně pomocí čidel v močovém měchýři i jícnu. Volba místa způsobu měření tělesné teploty závisí na klinickém stavu pacienta a možnostech, které jsou pro danou jednotku intenzivní péče dostupné (HECZKOVÁ, BULAVA, 2016). Hodnota, která se specifická pro ortopedické jednotky intenzivní péče je sledování obsahu sekretu, které vede nejčastěji Redonův drén přímo z operační rány. Funkce drenáže je ve většině případů signalizační, neboť může být odhaleno krvácení a terapeutická, protože neustále odvádí kumulující se tekutinu a tím zabraňuje vzniku potencionální infekce. Krvácí-li operační rána krátce po operaci či během operace je možnost využití takzvané rekuperace. Tu je možno provádět dvěma způsoby. Krev se přímo sbírá z operačního

pole a po předchozí ošetření filtrací a centrifugací je možnost ji podat zpět pacientovi a je zde přitom minimalizováno riziko po-transfuzní reakce. Druhým způsobem je možnost využití speciálních drenážních setů, které se přímo na operačních sálech napojují na vývod drénu. Pokud je ve sběrné nádobě dostačené množství krve, avšak minimálně 400 mililitrů, je zde funkce přečerpání krve do vaku, ke kterému je následně napojen transfuzní set a krev je podána zpět pacientovi (VYTEJČKOVÁ a kol., 2015). Rozdíl v množství pooperačních ztrát krve může být i dle typu fixace implantátu. U pacientů, kteří využili fixaci endoprotézy formou cementu, byly krevní ztráty do drénu výrazně nižší, než u pacientů u kterých byla využita necementovaná fixace (LOŠŤÁK a kol., 2017).

3.3 Péče o operační ránu

Rána je charakterizována jako porušení či přerušení kožní integrity. Příčiny vzniku ran mohou být fyzikálního, termického, mechanického, chemického či patofyziologického původu. Rány mohou být následkem aseptického postupu infikovány buď během operačního výkonu anebo následkem nevhodných úkonů ošetrovatelského personálu (VYTEJČKOVÁ a kol., 2015). Existuje avšak i velká skupina faktorů ovlivňující proces hojení ran. Mezi základní faktory, které by mohly ovlivnit proces hojení, může být zařazena imunodeficience, která zapříčiňuje sklony k infekčním onemocněním. Dále spánek, jehož deficit ovlivňuje buněčné dělení, abúzus alkoholu a jiných návykových látek. Dále se v hojení ran může projevat způsob života, jakým pacient žije, zdali se nezdravě stravuje, má-li vhodnou a dostatečnou pohybovou aktivitu. Věk pacienta, který způsobuje pomalejší hojení ran u osob vyššího věku. Nutriční stav a v neposlední řadě přidružená onemocnění, se kterými se pacient potýká a léčí (POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ, 2012).

3.3.1 Převaz operační rány

Rány téhož dne, kterého vzniknou, nejčastěji necháváme s primárním sterilním krytím, které bylo přiloženo k operační ráně na operačním sále. Volba krytí je dle vybavenosti oddělení každého nemocničního zařízení. Nejčastěji užívanými materiály jsou Sterilux, Cosmopor E, Atrauman. Preventivně proti infekci v ráně můžeme použít Inadine nebo Aquacel Ag. (VYTEJČKOVÁ a kol., 2015). Po ukončení převazu je vhodné zajistit vhodnou polohu pacienta, aby nedocházelo k tahu a tlaku na část se suturou (KOUTNÁ, Markéta a Ondřej ULRYCH, 2015).

3.4 Fyzioterapie

Komplexní fyzioterapie u totálních endoprotéz je složena ze tří složek. Před operační fyzioterapie, pooperační fyzioterapie během hospitalizace a pooperační fyzioterapie po propuštění z nemocničního zařízení.

Předoperační fyzioterapie je zaměřena na zmírnění svalové dysbalance, jejímž cílem je posílení oslabených svalů. Dále by měla být zaměřena na udržení či zvětšení pohybového rozsahu, ke kterému slouží cvičení proti odporu, cvičení s dopomocí anebo v odlehčení. Při operacích velkých kloubů, obzvláště na dolní končetině, je pacientům doporučován i nácvik pohybových stereotypů, který obsahuje nácvik přesunu z lůžka, přetáčení na bok a břicho s polštářem mezi kolena, nácvik stoje a chůze po schodech i rovině.

Pooperační rehabilitace je započata hned následující den po operaci. Nultý den po operaci je možno operovanou končetinu fixovat v antirotační botě, aby nedocházelo k luxaci. První pooperační den je cvičení zaměřeno na dechovou gymnastiku a kondiční neoperovaných končetin. U horních končetin je věnována pozornost extenzorům lokte, které jsou důležité pro následnou chůzi o berlích. Druhý a třetí pooperační den je věnován vertikalizace pacienta. Pacient se věnuje aktivnímu cvičení v kyčelním kloubu s nácvikem abdukce a pomocí fyzioterapeuta následuje nácvik sedu na lůžku se svěšenými dolními končetinami. Následující pooperační dny jsou věnovány mobilizaci pacienta na lůžku. Pomocí abdukčního klínu se pacient přetáčí na zdravý bok, následuje rehabilitace v leže na břiše a okolo osmého pooperačního dne by měl být schopný chůze po schodech a chůze v terénu.

Pooperační fyzioterapie po propuštění z nemocničního zařízení je velmi individuální. Po propuštění z nemocničního zařízení může mít pacient smlouvanou rehabilitační léčbu přes svoji zdravotní pojišťovnu ihned po operaci. Za univerzální postup v následné rehabilitaci může být považováno individuální cvičení v domácnosti, které se pacient naučil během hospitalizace. Po dvou měsíčním intervalu je provedena klinická kontrola a při kladných výsledcích je povolena poloviční zátěž o dvou francouzských holích. Lázeňská léčba je doporučována až po RTG kontrole, která prokáže, správné uložení kloubu po zátěži.

Doporučení pro pacienty po TEP kyčelního kloubu obsahuje několik bodů, které jsou i zároveň preventivními opatřeními proti luxaci kyčelního kloubu. Důležité pro pacienta je, aby nekřížil dolní končetiny, chodit v obuvi, která je pevná a má elastickou podrážku, neležet na boku operované končetiny minimálně šest měsíců s polštářem mezi kolena, neotáčet se na břicho bez vypodložení kolen, sedět maximální v úhlu 90 stupňů mezi trupem a stehny, nesadat si do hlubokých křesel a ani na WC bez opatřeného nástavcem. Dále je vhodné vyvarovat se mokřým kluzkým povrchům, neohýbat se k obuvi bez použití lžice dostatečné délky, nesprchovat končetinu v horké vodě, raději využít vlažného osvěžení (BUCHTELOVÁ a kol., 2017)

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

V současnosti je metoda ošetřovatelského procesu zavedena do klinické praxe do výuky programu ošetřovatelství. Je složen ze vzájemně se prolínajících a propojených kroků, které se neustále a opakují. Rozvoj metody ošetřovatelského procesu je spojený s rozvoje ošetřovatelství jako oboru od 50 let minulého století v USA. Ošetřovatelský proces lze definovat jako systematickou acyklickou metodu, kterou pracuje zdravotní sestra. Tato péče je poskytována jednotlivci, rodině, komunitě a je použitelný pro všechny typy zdravotní péče. Cílem daného procesu je poskytnutí ošetřovatelských intervencí, které jsou zaměřeny na uspokojení potřeb jednotlivce, rodiny či komunity, na podporu, obnovení zdraví a pohody. Metoda se skládá z pěti na sebe navazujících kroků.

Posouzení zahrnuje sběr, ověřování, třídění a zaznamenávání dat o stavu pacienta. Získávání dat o pacientovi, není součástí pouze první fázi ošetřovatelského procesu, ale je součástí všech činností, které zdravotní sestra vykonává s pacientem během všech fází. Cílem první fáze je vytvořit si soubor informací o výpovědích pacienta na jeho aktuální či potencionální potíže. Základní podmínkou pro kvalitní informace je umět pozorovat a komunikovat. Struktura a obsah posouzení má různý charakter v závislosti na tom, zdali se posuzuje rodina či komunita, na věku, na klinickém stavu, na pracovišti a na konceptuálním modelu. Data, která jsou zjištěna, jsou dále dělena na objektivní a subjektivní. Popřípadě je se mohou dělit na stálé a proměnné. Subjektivní data jsou ta, která jsou vnímána pacientem. Naopak objektivní jsou ta, která mohou být změřena anebo vyšetřena.

Druhou fází ošetřovatelského procesu je diagnostika, která tvoří východisko pro plánování a realizaci ošetřovatelské péče. Diagnostika se skládá ze tří následujících kroků. Analýza údajů, identifikace zdravotních rizik a pozitiv a syntéza. Analýza zahrnuje porovnání získaných údajů s normou a s údaji, které jsou rozporuplné nebo neúplné. Identifikace znamená umění rozpoznat jaké aktuální problémy, související příčiny anebo rizikové faktory jsou přítomny. Formulace závěru diagnózy je složena dle

základní struktury problém etiologie, symptom. Diagnózy se na konci diagnostického procesu třídí dle priorit a naléhavosti k jejich řešení.

Pro třetí fázi plánování zdravotní sestra vytvořila individuální plán péče. V této fázi jsou vytyčeny ošetrovatelské strategie, intervence a cíle. Je to proces rozhodování a navrhování, jak řešit jednotlivé pacientovi problémy.

Předposlední fázi je realizace. Je možno ji charakterizovat jako provedení daných intervencí v klinické praxi. Zdravotní sestra v této fázi uplatňuje kognitivní, interpersonální a technické dovednosti.

Poslední fázi ošetrovatelského procesu je vyhodnocení. Tato činnost jako cílevědomá a organizovaná, zjišťuje, do jaké míry bylo dosaženo pacientových předem stanovených cílů. Prostřednictvím hodnocení, se zdravotní sestra stává zodpovědnou za dosavadní činnost (PLEVOVÁ, 2018).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY ARTRÓZOU KYČELNÍHO KLOUBU

Ošetrovatelský proces byl vypracován u pacientky, která byla hospitalizována na Ortopedické klinice ve Fakultní nemocnici v Olomouci s primární diagnózou osteoartróza pravé kyčle. Hospitalizace na oddělení 29 a 29a trvala od 1. 5. 2019 do 8. 5. 2019. V praktické části práce jsou pozměněny identifikační údaje a časová data z důvodu dodržení dikce platné legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů. Data, která byla zjišťována, pochází z lékařské a ošetrovatelské dokumentace, nemocničního informačního systému MEDEA a z vlastního rozhovoru s pacientkou.

Popis případu:

Pacientka dne 1. 5. 2019 přichází k hospitalizaci na lůžkové oddělení ortopedické kliniky k plánovanému výkonu totální endoprotézy pravé kyčle. S následnou předem domluvenou rehabilitací v léčebném ústavu Hrabyně. Více informací v tabulce 1.

Tabulka 1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. Y.	Datum narození: 00. 0. 0000
Rodné číslo: 000000/0000	Věk: 68
Pohlaví: ženské	Bydliště: Horka na Moravě
Zaměstnání: účetní	Vzdělání: středoškolské
Národnost: česká	Státní občanství: ČR
Stav: vdaná	Telefon: 111 111 111
Jméno příbuzného: Y. X.	Bydliště příbuzného: Horka n Moravě
Datum příjmu: 1. 5. 2019	Čas příjmu: 9:00
Typ přijetí: plánovaný	Účel příjmu: terapeutický
Oddělení: ortopedické	Přijal: MUDr. H. Č.
Ošetřující lékař: MUDr. H. Č.	Praktický lékař: MUDr. A. Z.

Zdroj: dokumentace pacientky

Hlavní medicínská diagnóza:

Koxartróza kyčelního kloubu.

Vedlejší medicínské diagnózy:

Ulcerosní kolitida, hypertenze.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Myslela jsem, že když jsem v důchodu, že to nějak zvládnu, přece jen nemám tolik pohybu, jak když jsem chodila do práce, ale nemůžu se skoro ohnout na zahrádce a strašně to bolí.“

Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí

TK: 150/85 mmHG	Výška: 158 centimetrů
P: 110 tepů/min	Hmotnost: 67 kilogramů
D: 33/min SpO₂: 97%	BMI: 26,8 (nadváha)
TT: 36,2 °C	Pohyblivost: mobilita částečně omezena bolestí pravé kyčle
Vědomí: plné vědomí, pacientka orientovaná časem, místem, osobou	Krevní skupina a Rh faktor: A+

Zdroj: dokumentace pacientky

Nynější onemocnění:

Pacientka 68 let, přichází na ortopedické oddělení Fakultní nemocnice Olomouc pro plánovaný výkon totální endoprotéza kyčle vpravo.

Informační zdroje:

Pacient, zdravotní dokumentace, ošetrovatelská dokumentace, nemocniční informační systém MEDEA, vlastní pozorování pacientky a fyzikální vyšetření.

ANAMNÉZA:

Rodinná anamnéza:

Otec: zemřel v 89 letech na bronchogenní karcinom.

Matka: zemřela v 75 letech.

Sourozenci: dvě sestry.

Osobní anamnéza:

V dětství běžné dětské nemoci.

Hospitalizace: 2/2000 hypertenzní krize s podezřením na akutní infarkt myokardu, 8/2005 hospitalizována pro bolest břicha se zvracením s následnou diagnostikou ulcerosní colitis.

Operace: žádné.

Úrazy: nelze zjistit.

Transfúze: doposud žádné.

Očkování: pouze povinná očkování, 5/2018 očkování proti chřipce.

Tabulka 3 Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Agen 10	tbl.	10 mg	1-0-1	Antihypertenziva
Furon 40	tbl.	40 mg	1-0-1	Kličková diuretika
Helicid	cps.	20 mg	1-1-1 před jídlem	Inhibitory protonové pumpy
Kalium Choloratum	tbl.	500 mg	1-0-0	Minerální doplňky
Moduretic	tbl.	5 mg/50 mg	1-0-0	Diuretika/antihypertenziva
Aulin	tbl.	100 mg	1-1-1	Nesteroidní antirevmatika
Digoxin	tbl.	0,125 mg	1-0-0	Kardiotonika

Zdroj: dokumentace pacientky

Alergologická anamnéza:

Léky: Vancomycin.

Potraviny: neguje.

Chemické látky: neguje.

Abúzy:

Alkohol: příležitostně při oslavách.

Kouření: neguje.

Káva: tři sálky denně, rozpustná s mlékem.

Gynekologická anamnéza:

Menarché: od 15 let.

Cyklus: pravidelný, nyní menopauza.

Antikoncepce: neguje.

Poslední gynekologické vyšetření: 11/2018.

Mamograf: 5/2017.

Sociální anamnéza:

Stav: vdaná, v manželství 50 let.

Rodina: úplná, s manželem dvě děti.

Bytové podmínky: žije v rodinném domě s manželem. Dcery mají vlastní domy.

Vztahy, role a interakce v rodině: bydlí s manželem spokojeně už 50 let v manželství, hádky výjimečně, děti bydlí v okolních vesnicích. Vztahy se sestrami dobré, pravidelně se navštěvují.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: v obci se pravidelně schází s přáteli, jezdí do divadla, pravidelně poslouchají cimbálovku.

Záliby a volnočasové aktivity: pravidelně pečuje o zahrádku, chodí na procházky s jezevčíkem každý den.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: středoškolské s maturitou.

Pracovní zařazení: důchodce.

Ekonomické podmínky: dobré.

Spirituální anamnéza:

Náboženské vyznání: křesťanské.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 3. 5. 2019

Systém:	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	„Hlava mě občas bolí, ale to jen když málo piji. Jinak nepocituji žádné problémy.“	Lebka: Normocefalická Oči: Bulby se střením postavení, zornice izokorické, s reakcí, spojivky klidné prokrvené. Uši a nos: Bez patologií. Rty: Suché s mnohočetnými strupy. Hrdlo: Klidné. Dutina ústní: Jazyk bez povlaku, bez patologií, chrup komplexně umělý. Krk: Štítná žláza nehmatná, bez zduření lymfatických uzlin. Pulzace karotid symetrická a hmatná. Bez zvětšené náplně.
Hrudník a dýchací systém	„Už mi není dvacet, tak nedýchám jak zamlada, ale po námaze jako je třeba chůze po schodech, tak to si pak musím sednout a dodechnout se.“	Hrudník: Bez viditelných deformit a změn. Prsy symetrické. Na hrudníku připevněno šestisvodové EKG. Dýchání: Sklípkové bez vedlejších zvukových fenoménů. Dechová frekvence 38 dechů za minutu. Bez kašle. Saturace 98% bez

		kompenzace kyslíkem.
Srdeční a cévní systém	„Léčím se s vysokým krevním tlakem, cítím, jak mi bije srdce po námaze i při vzteku na manžela.“	<p>Srdeční akce: Sinusový rytmus, bez patologií. 2. 5. 2019 zavedena centrální žilní kanyla do veny subclavie dextra se třemi lumeny, bez známek infekce. Nyní kape Magnesium Sulfuricum 10% + 500 ml NaCl 0,9 %.</p> <p>TK: 148/86 mmHg</p> <p>P: 78 tepů/minuta</p> <p>DKK: Prokrvené, bez eflorescencí, pulzace na periferii dobře hmatná. Volně pohyblivé. Na pravé dolní končetině operační rána překrytá sterilním krytím. Rána prosakuje. Vyvedeny dva drény napojené na kompaktní drenážní jednotku. Obě končetiny jsou vyvázány bandážemi.</p> <p>HKK: Prokrvené, kapilární návrat v normě. Bez patologií. Bez invazivních vstupů. Na levé končetině prstové saturační čidlo.</p>
Břicho a gastrointestinální trakt	„Nemívám doma žádné problémy s trávením, nemám ani žádné potravinové alergie.“	<p>Břicho: Měkké, prohmatné. Bez patologií. Bez známek peritoneálního dráždění. Slezina</p>

	Chodím na velkou stranu skoro každý den. Musím se ale kontrolovat, abych pila. Jinak trpím zácpou.“	nehmatná. Játra pod obloukem. Defekace: Vyprazdňování stolice pravidelné. Bez patologických příměsí. Stolice tuhé konzistence. Sklony k obstipaci. Poslední stolice 1. 5. 2019.
Močový a pohlavní systém	„Žádnou gynekologickou operaci jsem nepodstoupila. Mám za sebou dva porody přirozenou cestou, po druhé dceři se mi objevil lehký únik moči. Ten řeším jen vložkami. Žádné problémy jinak nemám. Žádné pálení či řezání.“	Ledviny: Nehmatné. Moč: Světle žlutá, lehký sediment, bez hematurie. Po operaci zaveden permanentní močový katétr velikost 16. Katétr funkční a bez známek infekce. Zaveden 2. 5. 2019. Genitál: Ženský. Klidný. Bez známek infekce. Bez výtoku.
Kosterní a svalový systém	„Dříve jsem chodila dlouhé túry, na zahrádku. V poslední době mě bolí ta kyčel, špatně se mi kleká a zvedá z postele. Mám takové ty ranní bolesti, než nohu pořádně rozhýbu.“	Svalová síla: Pacientka v lůžku mobilní, levou končetinou volně pohybuje. Pravá končetina fixována molitanovým korýtkem aby nešlo k luxaci kyčle. Svalový habitus symetrický. Celkový vzhled a poloha pacientky: Pacientka zaujímá polohu samovolně, dbá doporučení fyzioterapeutky, vkládá si polštář mezi kolena. Nyní

		zaujímá Fowlerovu polohu, nepřekračuje však 90°. Obě dvě dolní končetiny jsou vyvážány kompresivními bandážemi jako prevence tromboembolické nemoci.
Nervový systém a smysly	„Brýle nosím jen na čtení. Ty už asi neodložím. Jinak si nemůžu ztěžovat. Všechno funguje jak má.“	Pacientka orientována časem, místem a osobou. GCS 15 bodů. Odpověď bez latence. Brýle pouze na čtení. Zbylé smysly v pořádku. Reflexy výbavné.
Endokrinní systém	„Nemám žádné potíže, se štítnou žlázou ani s ničím jiným.“	Štítná žláza nehmatná, nezvětšená.
Kůže a její adnexa	„Nepozoruji na sobě žádné změny. Pokožku mám suchou pořád, neustále se natírám hydratačními krémy.“	Kožní turgor v normě, kůže končetin suchá až mírně šupinatá. Prsty horní a dolní končetiny prokrvené bez cyanózy.
Imunologický systém	„Netrpím žádnými neobvyklými nemocemi. Pouze běžné nachlazení. Snažím se vše léčit doma, nechodím si pro zbytečné léky. Mám jich dost.“	Krční lymfatické uzliny nezvětšené, nehmatné a bezbolestné. Alergie pouze na Vancomycin. Jiné alergie neudává. Nyní afebrilní.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA ZE DNE 3. 5. 2019

		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování	Doma	„Sním vše, mám ráda hlavně maso a to všechno. Nemusím moc mléčné výrobky. Nejraději si vaříme vepřo knedlo zelo. To má rád i můj muž.“	Výška: 158 centimetrů Hmotnost: 67 kilogramů BMI: 26,8 (nadváha)
	V nemocnici	„Jídlo je zde dobré, mám po operaci hlad, tak i kdyby přede mne dali krupicovou kaši, tak ji sním.“	Dieta číslo 3 – Racionální. Sní celé porce.
Příjem tekutin	Doma	„Když nemyslím na to, že musím pít, tak na to často zapomínám. Jsem schopná denně vypít jen jednu sklenici vody. Sladké vody mi moc nechutnají. Výjimečně se dám trochu džusu. Někdy si s manželem dáme večer skleničku vína a k tomu zelí i pivo.“	Na tekutiny zapomíná, je schopná vypít i jednu sklenici vody za den. Dnes příjem 500 mililitrů. Alkohol příležitostně s manželem či k obědu.
	V nemocnici	„Zde mě sestřičky nutí pít, tak se snažím, ať mají radost. Hlavně mi pořád něco kape do té žíly, co mám, tak tím to mám podpořené.“	Kontinuální příjem tekutin hrazen kontinuálním parenterálním podáváním tekutin. Kožní turgor v normě. Zapisuje se hodinová diuréza.

Vylučování moče	Doma	„Doma chodím pravidelně, záleží, kolik toho vypiji.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Mám zavedenou cévku na vyprázdnění. Možná bych si na to i zvykla, je to pohodné, když na to pořád nemusím myslet.“	Močový katétr vede čirou moč s makroskopickým sedimentem, hodinová bilance je vyvážená okolo 150 mililitrů.
Vylučování stolice	Doma	„Doma chodím co 2 až 4 dny.“	Poslední defekace 1. 5. 2019
	V nemocnici	„Naposledy jsem byla prvního května, jenže tady nemám žádné soukromí, je tu jedna velká hala, je mi nepříjemné mít pod sebou mísu.“	Pacientka se zatím nevyprázdnila.
Spánek a bdění	Doma	„Když chodím na zahrádku tak spím brzo, ale jinak se díváme dlouho do noci na televizi. Sledujeme seriály a dcery nám stahují naše oblíbené filmy, a když chodím spát pozdě, stejně spím nejdéle do sedmi hodin.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Před den je tu rušno, nejde spát. Ale večer jakmile se to tady uklidní tak kolem deváté hodiny spím až do rána.“	Pacientka celý den bděla. Neusíná. Žádnou medikaci na spaní nevyžaduje.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Doma aktivně s manželem relaxujeme na zahrádce. Jezdíme na výlety a za kamarády. Jak mě začala	Nelze hodnotit.

		bolet noha, tak jsem začala spíš posedávat číst knížky.“	
	V nemocnici	„Přes den si povídám se sestřičkami a lékaři. V nočním stolku mám i knihu, ale na tu není moc čas. Mám tu opravdu nabitý program. Ale chybí mi návštěvy přátel a rodiny“	Pacientka nyní ve Fowlerově poloze s fixovanou operovanou končetinou proti luxaci. Klidový režim dodržuje. Sama cvičí dle doporučení fyzioterapeutky.
Hygiena	Doma	„Doma jsem vše, co se týče sebe sama, zvládala bez pomoci.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Každé ráno dostávám lavorek na osvěžení. Není to sice ono, už se těším do sprchy na oddělení.“	Za dobu hospitalizace na jednotce intenzivní péče je hygiena prováděna pouze u lůžka s dopomocí sestry a přenosného umyvadla.
Soběstačnost	Doma	„Doma jsem naprosto soběstačná, nepotřebuji dopomoc. Až při bolestech v kyčli mi manžel pomáhal do vany, chyběla mi stabilita.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Těsně po operaci jsem se cítila unavená a ospalá, neudělala jsem kolem sebe vůbec nic. Vše bylo na sestřičce, ale teď se jí snažím pomáhat, už nejsem tak moc závislá.“	Na základě škály dle Barthelové je pacientka středně závislá s 22 body. Požaduje při běžných denních činnostech mírnou dopomoc pomocného personálu.

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU ZE DNE 3. 5. 2019

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Vědomí	„Vnímám vše, nemám žádné problémy.“	Pacientka při vědomí. GCS 15 bodů.
Orientace	„Jsem X. Y. Jsem na jednotce intenzivní péče ortopedické kliniky ve fakultní nemocnici v Olomouci. Jsem po operaci kyčle.“	Pacientka je orientována časem, místem i osobou. Odpovědi jsou bez latence.
Nálada	„Cítím se dobře, konečně snad pocítím úlevu. Těším se na rehabilitaci a až půjdu domů.“	Pacientka má po operaci, cítí se dobře a věří v pozitivní budoucnost. Usmívá se a spolupracuje s ošetřovatelským personálem.
Paměť	Staropaměť: „Myslím, že si pamatuji veškeré události, které se doposud staly.“	Pacientka si pamatuje veškeré události, které se doposud v jejím životě odehrály.
	Novopaměť: „Pamatuji si vše.“	Pacientka si na vše co se v poslední době událo, pamatuje.
Myšlení	„Byla jsem ve škole vždycky první, ve všem. Jsem hodně ctižádostivá. Co chci, toho se snažím dosáhnout.“	Bez známek poruch myšlení.
Temperament	„Jsem dost aktivní, všechno musím mít hezky upravené a hned. Sem tam rychle vybuchnu, aniž bych myslela na	Dle posouzení je zřejmé, že pacientka je dle typologie osobnosti cholerická osobnost.

	následky.“	
Sebehodnocení	„Jsem se sebou a svým životem spokojená.“	Dle objektivního projevu se pacientka hodnotí pozitivně.“
Vnímání zdraví	„Myslím, že se o své zdraví starám, chodím na pravidelné preventivní prohlídky a snažím se žít zdravě.“	Pacientka dle svých odpovědí staví zdraví na první příčky životních hodnot.
Vnímání zdravotního stavu	„Těším se na budoucnost, že se mi uleví a nebudu mít skoro žádná omezení.“	Ke svému zdraví se pacientka staví optimisticky.
Reakce na onemocnění a prožívání nemoci	„Co se dá dělat, klouby má člověk jen jedny a když je ta možnost této operace, tak jsem ji využila. Jen mi vadí jak jsem závislá na těch berlích, pořád někde padají a bez nich neudělám ani krok. Ta operovaná noha je dost citlivá a nemůžu ji tak zatížit. Navíc se sama nikam nepřesunu ani na tu židli vedle, na záchod, po schodech nemůžu, do stoje mi to nejde a ani do sprchy.“	Reakce na onemocnění a následné prožívání je spíše pozitivní, pacientka bere své onemocnění jako součást života. Negativně hodnotí omezení v soběstačnosti a přesunutí se na židli či někam jinam.
Reakce na hospitalizaci	„Já si to užívám, mám to jako odpočinek. Každý se o mě hezky stará.“	Pacientka svoji hospitalizaci jako výhodu. Objektivně se projevuje nozofilní postoj k nemoci.
Adaptace na onemocnění	„Jsem smířená se svým onemocněním.“	Adaptace proběhla.
Projevy jistoty a nejistoty	„Budoucnost vidím světlou, těším se na to, jak se mi bude s novým	Objevují se pocity úzkosti z operace druhé kyčle a

(obavy, strach, úzkost)	kloubem žít. Žádné pocity strachu ani úzkosti, jen snad obava z toho, že budu muset jít s druhou kyčlí nebo, že si ji vykloubím.“	luxace v kloubu operované končetiny.
Zkušenosti z předcházející hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„Nejsem v nemocnici často, ale zatím co jsem zažila, tak jsem byla vždy spokojená jak s péčí sester, tak i lékařů.“	Spolupracující a plně důvěřující ošetrovatelskému personálu i lékařům.

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU ZE DNE 3. 5. 2019

	Subjektivní údaje		Objektivní údaje
Komunikace	Verbální	„Často se navštěvujeme s přáteli, máme hodně společných aktivit.“	Pacientka je velmi komunikativní. Odpovědi na otázky jsou adekvátní a bez latence.
	Neverbální	„Manžel se mi někdy směje, že jedním svým pohledem dokážu popsat celý den a hlavně mu ho zkazit.“	Neverbální komunikace je užívána běžně v každodenním životě.
Informovanost	O onemocnění	„Pan doktor mi všechny dotazy odpověděl, ale někdy mluvit tak rychle, že jsem něco neslyšela.“	Dotazy byly zodpovězeny, ale u některých odpovědí si pacientka není jistá, zdali rozuměla správně.
	O diagnostických metodách	„Byla jsem poučena o vyšetřeních, které budou určovat, jaký problém s tou kyčlí mám. Pak	Pacientka byla informována a lékařem.

		lékař říkal, že budu podepisovat i nějaké informované souhlasy.“	
	O léčbě	„Pan doktor se snažil mi vše do detailu popsat, ale já těm moc odborným výrazům nerozumím. Na cokoliv jsem se zeptala znovu, mi bylo vysvětleno.“	Informace od lékaře byly podány.
	O délce hospitalizace	„Zde na jednotce intenzivní péče budu asi čtyři dny, poté bych měla jít na oddělení vedle a pak mám domluvené lázně.“	Informace o délce hospitalizace byly podány.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu a hospitalizace	Primární role související s věkem a pohlavím	„Jsem ženského pohlaví a je mi 68 let.“	Žena 68 let.
	Sekundární role související se rodinou a společenskými funkcemi	„Jsem manželka, matka, sestra a jsem důchodkyně.“	Manželka, matka, sestra, důchodkyně.
	Terciární role související s volným časem a zálibami	„Těším se, až budu moct chodit bez omezení.“	Nyní pacientka.

Medicínský management ze dne 3.5 2019

Ordinovaná vyšetření:

Laboratorní vyšetření krve: krevní obraz, aPTT, Quickův test, INR, C – reaktivní protein, procalcitonin, hladina: Mg, Na, Cl, K. K tabulce 4.

Zobrazovací vyšetřovací metody: rentgenové vyšetření srdce + plíce, rentgenové vyšetření operovaného kyčelního kloubu.

Zajištění invazivních vstupů:

Centrální venózní přístup se třemi lumeny véna subclavia lateri dextra, krytý transparentním krytím Tegaderm CHG.

Permanentní močový katétr velikost číslo 16 CH.

Redonův drén v oblasti pravé kyčle napojen na kompaktní drenážní jednotku.

Tabulka 4 Výsledky laboratorních hodnot ze dne 3. 5. 2019

Krevní obraz	Naměřená hodnota	Referenční hodnoty laboratoře FN Olomouc
Leukocyty	6,89	4,50-13,50 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty	3,88	4,10-5,10 x 10 ¹² /l
Hemoglobin	80	120-160 g/l
Hematokrit	0,38	0,36-0,46
Trombocyty	304	150 – 450 x 10 ⁹ /l

Koagulace	Naměřená hodnota	Referenční hodnoty laboratoře FN Olomouc
aPTT	22,1	22,0-36,0 s
INR	0,89	0,80-1,22
Quickův čas	0,48	0,4-12,6 s

Biochemie	Naměřená hodnota	Referenční hodnoty laboratoře FN Olomouc
CRP	220,8	0,0-5,0 mg/l
Procalcitonin	0,98	0,00-0,50 ug/l
Mg	0,48	0,71-0,94 mmol/l
Na+	142,5	137,0-144,0 mmol/l
Cl-	102,7	98,0-107,0 mmol/l
K+	6,8	3,50-5,10 mmol/l

Zdroj: dokumentace pacientky

Výsledky zobrazovacích metod 3. 5. 2019

RTG vyšetření srdce + plíce vleže: plíce bilaterálně rozvité, bez známek pneumotoraxu.

RTG vyšetření pravého kyčelního kloubu: kyčel v normálním postavení, bez známek luxace, v dolním pólu operačního pole 10x12x7 mm výpotek, drenáž zavedena a odvádí.

Konzervativní léčba ze dne 3. 5. 2019

Dieta: číslo 3 – racionální.

Pohybový režim: klidový na lůžku, rehabilitace pod vedením fyzioterapeuta.

Tabulka 5 Medikamentózní terapie ze dne 3. 5. 2019

Per os:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Agen 10	tbl.	10 mg	1-0-1	Antihypertenziva
Furon 40	tbl.	40 mg	1-0-0	Klíčková diuretika
Helicid	cps.	20 mg	1-1-1 před jídlem	Inhibitory protonové pumpy
Moduretic	tbl.	5 mg/50 mg	1-0-0	Diuretika/antihypertenziva
Digoxin	tbl.	0,125 mg	1-0-0	Kardiotonika

Intravenózní terapie:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Archifar + 100 ml NaCl 0,9%	prášek pro infuzní roztok	1 gram	10:00 - 22:00 Kapat 30 minut	Beta-laktámová antibiotika
Paracetamol	infuze	1000 mg	Při VAS > 3 Maximálně 3 denně Kapat 30 minut	Analgetika, Antipyretika
Novalgin + 20 ml NaCl 0,9%	Injekční roztok	1 gram	Při VAS > 3 při neúčinnosti paracetamolu, maximálně 4 denně	Analgetika, Antipyretika, Spasmolytika

Kontinuální intravenózní podání:

Název	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Magnesium Sulfuricum 10% + 500 ml NaCl 0,9%	injekční roztok	10 % roztok	Rychlost 42,5 ml/h Opakovat co 12 hodin	Minerální doplňky

Subkutánní podání:

Název	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Fraxiparin MULTI 9500 IU/ML	injekční roztok	9500 IU/ML	0,4 ml 9:00 Za kontroly	Antikoagulans, Antitombotikum

			anti-Xa	
--	--	--	---------	--

Zdroj: dokumentace pacientky

Situační analýza ze dne 3. 5. 2019

Pacientka, 68 let hospitalizována na jednotce intenzivní péče ortopedické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc z důvodu plánované operace kyčelního kloubu vpravo. Po operaci byla uložena na lůžko číslo 1 na jednotce intenzivní péče. Pacientka je kontaktní GCS 15 bodů, kontaktní, odpovídá bez latence. Dle škály soběstačnosti dle Barthelové je pacientka středně závislá s počtem 22 bodů. Žádné smyslové poruchy se u pacientky neprojevují, pouze brýle na čtení. BMI 26, 8 s označením nadváha. Napojena na šestisvodové EKG. Srdeční rytmus sinusový. Tlak 148/86 a 78 pulzů, dechová frekvence 38 dechů za minutu. Na levém prstě horní končetiny umístěno saturační čidlo. Saturace bez podpory kyslíkovými brýlemi 98%. Nyní afebrilní. V pravém podklíčku je uložen centrální venózní katétr se třemi lumeny pro kontinuální venózní terapii, který byl zaveden 2. 5. 2019. Bez známek infekce Nyní kape Magnesium Sulfuricum 10 % + 500 ml NaCl 0,9 %. Pacientka zaujímá v lůžku Fowlerovu polohu pro zamezení dušnosti, avšak nesmí překročit 90°. V oblasti pravé kyčle jsou zavedeny dva drény napojeny na kompaktní drenážní systém odvádějící hemorrhagický obsah z operační rány. Rána je překryta sterilním krytím. Obě dolní končetiny jsou vyvázané do třísel kompresivními bandážemi jako prevence tromboembolické nemoci a operovaná končetina je fixována v molitanovém korýtku jako prevence luxace. Pacientka využívá dopomoci všeobecné sestry při běžných denních aktivitách a hygiena probíhala pouze za přítomnosti přenosného umyvadla. U pacientky se objevují sklony k obstipaci. Poslední stolice 1. 5. 2019. Byl zaveden permanentní močový katétr velikosti číslo 16, z důvodu přesného sledování bilance tekutin. Odvádí světlou, žlutou moč s lehkým sedimentem. Hodinová bilance je okolo 150 mililitrů za hodinu. Pacientka si ztěžuje na bolest hodnocenou na vizuální analogové škále číslem 4. Léky na bolest odmítá. Klidový režim dodržuje.

Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle NANDA Taxonomie 2015-2017 a jejich uspořádání dle priorit.

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, 2015. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 – 2017*. 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1. Akutní bolest (00132)

[Akutní bolest v souvislosti s velkým operačním výkonem projevujícím se hodnocením bolesti na vizuální analogové škále číslem 4].

2. Zhoršená pohyblivost na lůžku (00091)

[Zhoršená pohyblivost na lůžku z důvodu operace kyčelního kloubu].

3. Zhoršené sezení (00237)

[Zhoršené sezení z důvodu operace kyčelního kloubu a nutnosti dodržování léčebného režimu – nepřekročení úhlu 90].

4. Zhoršená schopnost přemísťovat se (00090)

[Zhoršená schopnost přemísťovat se z důvodu nestability operované končetiny a nutnosti využití kompenzačních pomůcek].

5. Zhoršená chůze (00088)

[Zhoršená chůze u důvodu operačního výkonu, bolesti a instability].

6. Deficit sebepěče při koupání (00108)

[Deficit sebepěče při koupání v souvislosti s operací a zhoršenou mobilitou operované končetiny].

7. Deficit sebepěče při vyprazdňování (00110)

[Deficit sebepěče při vyprazdňování v souvislosti s operovanou končetinou a nemožností provést řádnou post defekační hygienu].

8. Neefektivní plnění rolí (00055)

[Neefektivní plnění rolí v souvislosti s dlouhodobou hospitalizací a následnou rehabilitací v rehabilitačním zařízení].

9. Zhoršená sociální interakce (00052)

[Zhoršená sociální interakce v souvislosti omezením počtu návštěv na jednotce intenzivní péče].

10. Narušená integrita kůže (00046)

[Narušená integrita kůže v souvislosti s operační ránou a zavedeným žilním katétrem].

11. Narušená integrita tkáně (00044)

[Narušená integrita tkáně z důvodu operačního výkonu].

12. Nadváha (00233)

[Nadváha z důvodu vysokého výsledku BMI 26,8].

13. Zhoršený komfort (00214)

[Zhoršený komfort v souvislosti s nastaveným klidovým pooperačním režimem a nutností dodržovat doporučení fyzioterapeutky jako prevenci luxace operovaného kloubu].

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

1. Riziko sníženého objemu tekutin [Riziko dehydratace] (00028)

[Riziko dehydratace v souvislosti nedostatečného per orálního příjmu tekutin pacientky].

2. Riziko zácpy (00015)

[Riziko zácpy v souvislosti s nedostatečnou hydratací a studem pacientky vyprázdnit se na podložní mísu].

3. Riziko narušení osobní identity (00225)

[Riziko narušení osobní identity v souvislosti nutnosti žádat o pomoc při běžných denních činnostech jako jsou oblékání, vyprazdňování a hygiena].

4. Riziko neefektivního plánování aktivit (00226)

[Riziko neefektivního plánování aktivit v souvislosti s neuvědoměním si omezení operovaného kloubu a jeho nadbytečným zatěžováním].

5. Riziko infekce (00004)

[Riziko infekce v souvislosti s poškozenou kožní bariérou, zavedeným permanentním močovým katétrem a centrálním žilním katétrem].

6. Riziko krvácení (00206)

[Riziko krvácení v souvislosti s aplikací antikoagulancií a operační ránou].

7. Riziko sebepoškození (00139)

[Riziko sebepoškození v souvislosti s nedodržením léčebného režimu].

8. Riziko prodloužení pooperačního zotavení (00246)

[Riziko luxace operovaného kyčelního kloubu v souvislosti s nevhodnými pohybovými aktivitami].

Výběr z aktuálních ošetřovatelských diagnóz:

1. Akutní bolest (00132)

[Akutní bolest v souvislosti s velkým operačním výkonem projevujícím se hodnocením bolesti stupněm 4 na vizuální analogové škále číslem 0-10].

Doména 12: Komfort.

Třída 1: Tělesný komfort.

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození.

Určující znaky:

Pacientka udává bolest dle VAS číslo 4.

Související faktory:

Tachykardie.

Tachypnoe.

Priorita: střední.

Cíl krátkodobý: Pacientka pocítí úlevu od bolesti do 45 minut po podání analgetik.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá bolest při dimisi při hodnocení na vizuální analogové škále od (0-10).

Očekávané výsledky:

Pacientka bude pociťovat úlevu od bolesti do jedné hodiny po podání analgetik.

Pacientka bude mít fyziologické hodnoty upravené do jedné hodiny po podání analgetik.

Pacientka zná relaxační metody do jedné hodiny.

Pacientka bude aktivně vyhledávat úlevové polohy dle doporučení fyzioterapeuta, aby nedošlo k luxaci do dimise.

Pacientka zná metody jak ulevit bolesti do dimise.

Pacientka bude mít zajištěnou možnost analgezie po celou dobu hospitalizace.

Pacientka nebude mít bolest při dimisi při zhodnocení na vizuální analogové škále.

Ošetrovatelské intervence:

1. Sleduj charakter, lokalizaci a intenzitu bolesti dle vizuální analogové škály a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace (všeobecná sestra).
2. Sleduj neverbální projevy bolesti pacientky (všeobecná sestra).
3. Podej analgetika dle ordinace lékaře a proved' záznam o jejich podání do ošetrovatelské dokumentace (všeobecná sestra).
4. Sleduj fyziologické změny funkce na monitoru vitálních funkcí a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace (všeobecná sestra).
5. Edukuj pacientku o vhodných metodách, jak předcházet bolesti (všeobecná sestra).
6. Dopomáhej pacientce zaujmout případnou úlevovou polohu (všeobecná sestra).
7. Edukuj pacientku o vhodných relaxačních metodách, které ulevují od bolesti (všeobecná sestra).
8. Zajisti pacientce po dobu hospitalizace na jednotce intenzivní péče co největší soukromí (všeobecná sestra).
9. Zaznamenávej všechny změny do ošetrovatelské dokumentace (všeobecná sestra).

Realizace dne 3. 5. 2019

6:00	Posouzení bolesti pacientky: bolest akutní, topografie: lze identifikovat, lokalizace: pravý kyčelní kloub, charakter bolesti: vystřelující, bodavá, hodnotící škála: vizuální analogová: intenzita 4.	R. D.
7:00	Pacientka je edukována o příčinách bolesti, je seznámena s hodnocením dle vizuální analogové škály. Dále je seznámena s manipulací s lůžkem, jaké možnosti polohování umožňuje a jaká poloha je dle	R. D.

	typu operace vhodná.	
8:00	Posouzení bolesti dle subjektivních pocitů pacientky, dle vizuální analogové škály označením číslem pět. Podání analgetizace dle ordinace lékaře: Paracetamol 1000mg, doba podání třicet minut intravenózně. Neverbální projevy bolesti jsou tachykardie, tachypnoe a schvácený výraz tváře pacientky.	R. D.
9:00	Hodnocení účinku podaných analgetik. Pacienta udává bolest, která je označená na vizuální analogové škále číslem dvě. Dechová a srdeční frekvence dosahují fyziologických hodnot. Dechová frekvence 22 dechů za minutu, srdeční frekvence 65 pulzů za minutu. Obě dolní končetiny jsou vyvázány kompresivními bandážemi do třísel a operovaná končetina je vypodložena měkkým polštářem.	R. D.
10:00	Pacientka zaujímá dle potřeb úlevové polohy dle doporučení fyzioterapeutky. Objektivně nejsou viditelné známky diskomfortu.	R. D.
12:00	Posouzení bolesti pacientky: bolest po ukončení rehabilitace v motodlaze a nácviku stoje u lůžka s označením na vizuální analogové škále číslem pět. Verbální projevy bolesti: bolestivé grimasy v obličeji.	R. D.

12:30	Podání analgetizace dle ordinace lékaře: Novalgin 1 g s 20 mililitry NaCl 0,9% do centrálního žilního katétru.	R. D.
13:00	Posouzení bolesti pacientky: po podání analgetizace pokles dle hodnocení na vizuální analogové škále na číslo dvě. Bez dalších objektivních známek bolesti.	R. D.
14:00	Pacientka nejeví po objektivním ani subjektivním zhodnocení žádné bolesti. Hodnocení dle vizuální analogové škály číslem nula.	R. D.
16:00	Posouzení bolesti pacientky: bolest po sedu s dolními končetinami z lůžka s označením na vizuální analogové škále číslem čtyři. Projevující se opocněním, tachypnoí, tachykardií a bolestivými grimasami pacientky.	R. D.
16:30	Podání analgetizace dle ordinace lékaře: Paracetamol 1000 mg do centrálního žilního katétru.	R. D.
17:30	Posouzení bolesti pacientky: po podání analgetizace pokles bolesti dle hodnocení na vizuální analogové škále číslem dvě.	R. D.
18:30	Pacientka aktivně zaujímá úlevovou polohu na boku s vypočloženými koleny polštářem a pospává. Žádné neverbální projevy bolesti nejsou viditelné. Hodnocení bolesti dle vizuální analogové škály číslem jedna.	R. D.

Hodnocení 3. 5. 2019 v 11:00 hodin

Bolest je dle ordinace lékaře pravidelně snižována analgetiky, nyní pacientka hodnotí svoji bolest dle vizuální analogové škály číslem jedna.

Pacientka pociťuje snížení bolesti po podání analgetik do jedné hodiny.

Fyziologické funkce po podání analgetik dosahují fyziologických hodnot.

Pacientka zná relaxační metody.

Krátkodobý cíl byl splněn, pokračuje se v intervencích 1, 2, 3, 7, 8.

Hodnocení 3. 5. 2019 v 18:30 hodin

Pacientka zná postupy, jak předcházet bolesti.

Pacientka aktivně vyhledává úlevové polohy.

Pacientka snižuje dávky podaných analgetik ve srovnání s předchozími dny hospitalizace.

Dlouhodobý cíl byl splněn, pokračuje se v intervencích 2, 4, 5, 6, 8.

2. Zhoršená schopnost přemísťovat se (00090)

[Zhoršená schopnost přemísťovat se z důvodu nestability operované končetiny a nutnosti využití kompenzačních pomůcek projevující se neschopností samostatné chůze a obavami z luxace operované končetiny].

Doména 4: Aktivita a odpočinek.

Třída 2: Aktivita a cvičení.

Definice: Omezení nezávislého pohybu mezi dvěma blízkými povrchy.

Určující znaky:

Neschopnost přesunout se na židli.

Neschopnost přesunout se do stoje u lůžka.

Neschopnost přesunout se do sprchy.

Související faktory:

Operace kyčelního kloubu s implantací endoprotézy.

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacientka má zajištěnou dopomoc při chůzi do druhého dne.

Cíl dlouhodobý: Zvládá samostatně chůzi po rovině i do schodů do čtyř dnů po operaci.

Očekávané výsledky:

Pacientce budou k dispozici kompenzační pomůcky do jedné hodiny.

Pacientka bude umět užívat podpažní berle do jedné hodiny.

Pacientka bude sama aktivně trénovat schůzi po rovině i do schodů.

Pacientka bude schopná samostatně zvládnout chůzi po rovině i do schodů do tří dnů po operaci.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zajisti vhodné kompenzační pomůcky (všeobecná sestra).
2. Edukuj pacientku o použití podpažních berlí (všeobecná sestra).
3. Názorně ukaž pacientce manipulaci s podpažními berlemi (všeobecná sestra).
4. Prověř funkčnost a stabilitu podpažních berlí (všeobecná sestra).
5. Prověř znalosti pacientky o znalostech manipulace a správného užití využívaných kompenzačních pomůcek (všeobecná sestra).
6. Doprovázej a podporuj pacientku při pohybu (všeobecná sestra).
7. Sleduj pokroky, které pacientka v rámci soběstačnosti dělá (všeobecná sestra).
8. Sleduj změny fyziologických funkcí, subjektivní a objektivní projevy pacienta, jako reakci na mobilizaci (všeobecná sestra).
9. Zaznamenávej veškeré změny do ošetrovatelské dokumentace (všeobecná sestra).

Realizace ze dne 4. 5. 2019

8:00	Pacientce jsou nabídnuty podpažní berle. Pacientka je následně edukována o manipulaci, nastavení ideální výšky berlí na její výšku a probíhá i názorný nácvik chůze.	R. D.
9:00	Pacientka sama zkouší manipulaci s podpažními berlemi. Nastavuje si výšku a zkouší stoj s berlemi.	R. D.
9:30	Pacientka je řádně edukována, aby nedošlo k nežádoucí události jako je pád.	R. D.
10:00	Pacientka provádí nácvik stoje s podpažními berlemi.	R. D.
11:00	Pacientka provádí opětovný nácvik stoje s podpažními berlemi a s dopomocí sestry provádí nácvik chůze okolo lůžka.	R. D.
12:00	Vše je zapsáno do ošetrovatelské dokumentace. Fyziologické funkce bez anomálií. TK: 138/75, P: 78, Saturace: 98%. Subjektivně se pacientka cítí dobře.	R. D.
13:00	Pacientka opětovně zkouší stoj u lůžka s podpažními berlemi s dopomocí sestry.	R. D.
14:00	Pacientka zkouší chůzi okolo lůžka. S dopomocí všeobecné sestry.	R. D.
15:00	Pacientka je edukována o správném postupu chůze do schodů.	R. D.
16:00	Pacientka provádí nácvik chůze do schodů s pomocí	R. D.

	podpažních berlí a s dopomocí všeobecné sestry. Pacientka se nejprve vzepře na podpažních berlích, neoperovaná končetina je položena na schod, poté je přisunuta operovaná končetina, a nakonec podpažní berle.	
17:00	Pacientka provádí nácvik chůze ze schodů s pomocí podpažních berlí a všeobecné sestry. Pacientka nejprve na nižší schod pokládá podpažní berle, bez zatížení položí operovanou končetinu a následuje krok neoperovanou končetinou.	R. D.
18:00	Vše je zapsáno do ošetrovatelské dokumentace a předáno noční službě.	R. D.

Hodnocení ze 4. 5. 2019 v 10:00 hodin

Pacientka má k dispozici podpažní berle.

Pacientka zná postupy jak si nastavit správnou výšku podpažních berlí a je edukována o manipulaci s nimi.

Krátkodobý cíl byl splněn a dále se pokračuje v intervencích 1, 2, 3, 4, 5.

Hodnocení ze 4. 5. 2019 v 18:30 hodin

Pacientka je v rámci lůžka za pomocí kompenzačních pomůcek zcela soběstačná.

Pacientka s dopomocí kompenzačních pomůcek je schopna zvládnout přesun okolo lůžka a vyjít schody.

Dlouhodobý cíl byl splněn, dále se pokračuje v intervencích 6, 7, 8, 9.

3. Deficit sebepéče při koupání (00108)

[Deficit sebepéče při vykonání hygieny v souvislosti se zhoršenou mobilitou operované končetiny a neschopnosti samostatně provést hygienu].

Doména 4: Aktivita/odpočinek.

Třída 5: Sebepéče.

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky:

Zhoršená schopnost chůze.

Zhoršená schopnost pacientky umýt si celé tělo.

Související faktory:

Operace kyčelního kloubu.

Celková slabost pacientky po operaci.

Bolest operační rány.

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacientka bude s minimální dopomocí ošetrovatelského personálu zvládat hygienickou péči s umyvadlem u lůžka do šesti hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacientka bude schopna s dopomocí podpažních berlí dojít do koupelny do tří dnů.

Očekávané výsledky:

Pacientka bude s minimální dopomocí personálu zvládat hygienickou péči s umyvadlem u lůžka do šesti hodin.

Pacientka bude mít přizpůsobené prostředí okolo lůžka do šesti hodin.

Pacientka bude schopna celkové toalety v koupelně do tří dnů.

Pacientka bude schopna s dopomocí kompenzačních pomůcek dojít do koupelny mimo jednotku intenzivní péče do tří dnů.

Ošetrovatelské intervence:

1. Edukuj pacientku režimových opatření, která by měla dodržovat při hygieně jako je aplikace molitanového sedáku na židli (všeobecná sestra).
2. Edukuj pacientku o dostatečné hydrataci kůže (všeobecná sestra).
3. Uprav prostředí okolo lůžka pacientky (všeobecná sestra).
4. Sleduj fyziologické funkce pacientky při toaletě u lůžka (všeobecná sestra).
5. Sleduj celkový stav pacientky (všeobecná sestra).
6. Připrav pomůcky potřebné k hygieně k ruce pacientky (všeobecná sestra).
7. Zajisti pacientce doprovod do koupelny (všeobecná sestra).
8. Dopomáhej s hygienou, kterou pacientka nezvládne sama (všeobecná sestra).
9. Připrav bezpečné prostředí v koupelně (všeobecná sestra).
10. Podporuj pacientku ve snažení zvýšit sebepěči (všeobecná sestra).
11. Zajisti pacientce signalizační zařízení (všeobecná sestra).
12. Zaznamenávej veškeré změny do ošetrovatelské dokumentace (všeobecná sestra).

Realizace ze dne: 4. 5. 2019

6:00	Pacientka je edukována o režimových opatřeních typických po operaci kyčelního kloubu. Maximální možný úhel do 90°, nepředklánět se, v případě slabosti signalizačním zařízením přivolat sestru, nenamáčet invazivní vstupy, operační ránu a aplikaci molitanového sedáku na židli.	R. D.
8:00	Z okolí lůžka jsou odstraněny přebytečné rehabilitační pomůcky, židle. Lůžko pacientky je upraveno do vhodné výšky.	R. D.

8:30	Pacientka je poučena o správném sedu v lůžku. Fyziologické hodnoty při sedu v lůžku: TK: 138/85, P: 62, Saturace: 98%.	R. D.
9:00	K lůžku pacientky je dovezeno umyvadlo a jsou v dosahu veškeré hygienické potřeby. V dosahu pacientky je i signalizační zařízení.	R. D.
9:30	Pacientka zvládá hygienu s přivezeným umyvadlem k lůžku sama. Sama u lůžka vstává. Nutná je jen malá dopomoc s umytím zad.	R. D.
10:00	Fyziologické hodnoty po toaletě u lůžka: TK: 142/69, P: 72, Saturace: 97%.	R. D.
10:10	Pacientka bez dopomoci personálu ulehá do lůžka.	R. D.
11:30	Fyziologické hodnoty po stoji a krátké chůzi u lůžka: TK: 148/75, P: 85, Saturace: 99%.	R. D.
11:45	Pacientka udává pocit únavy a bolesti v oblasti operační rány. Pacientka je s minimální dopomocí personálu uložena do lůžka. Zaujímá úlevovou polohu s operovanou končetinou v molitanovém korytku a usíná.	R. D.
12:00	Pacientka s podpažními berlemi odchází v doprovodu sestry k umyvadlu, kde probíhá hygiena	R. D.

	rukou před podáváním oběda.	
14:00	Dochází k opětovnému nácvičku stoje a chůze lůžka. Pacientka neudává žádné negativní pocity diskomfortu.	R. D.
15:00	Na žádost pacientky je proveden nácviček chůze do koupelny. Pacientka je opětovně edukována o užití podpažních berlí a o okamžitém hlášení jakéhokoliv pocitu diskomfortu či nevolnosti.	R. D.
15:30	Prostředí v koupelně je předem přichystáno. Ve sprchovém koutě je molitanový sedák a signalizační zařízení je v dosahu pacientčiny rukou. Všechny pomůcky potřebné k osobní hygieně jsou přichystány.	R. D.
15:45	Pacientka dochází do koupelny. Po provedení hygieny je provedena hydratace kůže pomocí tělového mléka. S hygienickou péčí, kterou pacientka nezvládne sama je dopomáháno. K přesunu nevyžádala žádnou podporu ošetrovatelského personálu.	R. D.
16:00	Pacientka odchází zpět na jednotku intenzivní péče. Před odchodem z koupelny jsou zkontrolovány kompenzační pomůcky, aby nedošlo z uklouznutí na linoleu.	R. D.
17:00	V lůžku pacienta zaujímá libovolnou	R. D.

	polohu s vypodloženou operovanou končetinou. Je zkontrolováno i ložní prádlo pacientky. Veškeré informace jsou zaznamenány do denního hlášení sester a dokumentace.	
18:00	Pacientka uléhá do lůžka s vypodloženou operovanou končetinou. Udává subjektivní pocit uspokojení.	R. D.

Hodnocení ze 4. 5. 2019 v 12:00 hodin

Pacientka zvládá hygienickou péči u lůžka s umyvadlem s minimální dopomocí personálu.

Pacientka má přizpůsobené okolí lůžka pro své potřeby.

Krátkodobý cíl byl splněn, nadále se pokračuje v intervencích 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Hodnocení ze dne 4. 5. 2019 v 18:00 hodin

Pacientka zvládá celkovou toaletu v koupelně.

Pacientka cítí pocity uspokojení se zvýšenou soběstačností.

Pacientka zvládá chůzi do koupelny dopomocí kompenzačních pomůcek.

Dlouhodobý cíl byl splněn, nadále se pokračuje v intervencích 7, 8, 9, 10, 11, 12.

Celkové zhodnocení stavu z 3. 5. 2019 až 4. 5. 2019

Pacientka přijata k plánovanému výkonu totální endoprotézy kyčle na ortopedické oddělení ve Fakultní nemocnici. Pacientka po operaci přeložena na jednotku intenzivní péče, kde byly následně monitorovány vitální funkce, sledovány odpady z rány a postupný rozvoj soběstačnosti pacientky. Na základě rozpracovaných ošetrovatelských diagnóz, které byly stanoveny. U všech třech rozpracovaných diagnóz byly stanoveny cíle krátkodobé i dlouhodobé. Dále byly stanoveny ošetrovatelské intervence a očekávané výsledky. U všech třech ošetrovatelských diagnóz byly cíle splněny.

5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Všechna onemocnění, která člověka postihnou, jsou pro něj i pro jeho blízké zátěží. Součástí péče o pacienta, který se následkem svého onemocnění musí být hospitalizován je zapojení všech složek od lékaře, ošetřujícího personálu, pomocného personálu až po spolupacienty. Tito všichni se snaží, aby daný pacient dosáhl co možná nejvyšších léčebných úspěchů a jeho život před nemocí se stav minimálně stejně tak kvalitním jako po ní.

Doporučení pro pacienty:

Při návratu do každodenního života by měl pacient po operaci kyčelního kloubu dbát na určitá pravidla, která by měl dodržovat. Zhruba po šesti měsících od operace povoluje ortoped přechod na plnou zátěž operované končetiny. Pacient tak může postupně odkládat berle a přejít na vycházkovou hůl. Pacienta je nutno edukovat o dodržování prevence tromboembolické nemoci v prvních třech měsících po operaci, dle ordinace lékaře používat elastické punčochy či bandáže, pokračovat v medikaci Warfarinem a pravidelně dodržovat data kontrol koagulace. Mezi doporučené aktivity, které by měl pacient po totální endoprotéze kyčle provádět, patří cvičení, které se naučil za hospitalizace. Vhodné je tato cvičení provádět alespoň 2x denně. Prospěšné jsou také procházky, které trvají alespoň třicet minut. **Dodržení abdukčního režimu** spočívá v poloze pacienta na zádech, dolní končetiny jsou v extenzi a mírné abdukci, mezi kolena je umístěn abdukční trojúhelník, špička nohy operované končetiny je ve vnitřní rotaci. Tento režim by pacient měl dodržovat po první tři měsíce po operaci. **Sportovní aktivity** by měly být zařazeny až po šesti měsících od operace. Doporučené je plavání, golf, chůze a jízda na kole. Naopak sportovní aktivity, kterým by se měl pacient vyhnout jsou lyžování, aerobik, jízda na koni, turistika a dlouhé túry v extrémním terénu a tenis. Za zakázané sportovní aktivity jsou považovány sporty kontaktní, jako je fotbal, házená, volejbal a dále také sport, při kterém je nutný doskok na operovanou končetinu nebo maraton a vytrvalostní běh. **Chůze** s odlehčením o dvou podpažních berlích je doporučována po dobu šesti týdnů po operaci, částečná zátěž končetiny o dvou podpažních berlích po dobu od šesti týdnů do tří měsíců po operaci a plná zátěž je při dobrém nálezu doporučována až po třech měsících s dopomocí vycházkové hole. **Při koupání** je nejjednodušší užít sprchový kout, který by měl být opatřený židlí s molitanovým sedákem, úchytným madlem a protiskluzovou podložkou. **Při využívání**

toalety je vhodné užívat nástavec na toaletní místu, který zabraňuje přesáhnutí doporučeného úhlu a udržuje operovanou končetinu nataženou, při sedu nesmí dát pacient operovanou končetinu pod sebe. **Řízení automobilu** je doporučováno minimálně až po třech měsících po operaci. Při řízení hrozí velké riziko luxace endoprotézy, stejně tak jako při vystupování a nastupování. Nutno je dbát na to, aby nedošlo k zakázaným pohybům, jako jsou dolní končetina přes osu těla, vybočení kolene ven, a pokrčení kyčelního kloubu před 90 stupňů. **Při pohlavním styku** je doporučena zvýšená opatrnost především u rizikových poloh. Velmi důležitá je taky ohleduplnost ze strany partnera. Při všech polohách je nutno neopomínat pár pravidel jako je nekrčit operovanou končetinu, vyvarovat se zevní rotaci a ohnutí kyčelního kloubu přes pravý úhel. Důležité je také nepředklánět se. Pro muže po operaci je doporučována poloha na zádech s dolními končetinami nataženými. Pro ženy po operaci jsou doporučovány polohy na bříše, poloha na zdravém boku s polštářem mezi koleny s lehce pokrčenými dolními končetinami a partnerem za zády. **Návrat do zaměstnání** po operaci kyčle je velmi individuální. Záleží i na pracovním zařazení jednotlivých pacientů. Délka pracovní neschopnosti se pohybuje v závislosti na pracovním zařazení pacienta a jeho motivaci od 2 do 8 měsíců. Důležité je také stravování. **Vyvážený jídelníček** je základním kamenem pro to, aby se organismus mohl plně regenerovat po tak velkém operačním výkonu. Do svého jídelníčku by pacient měl zařadit dostatečné množství tekutin jako je voda a minerálky, zředěné ovocné šťávy, dostatečné množství ovoce a zeleniny.

ZÁVĚR

Počet ortopedických operací se každoročně zvyšuje. Totální endoprotézy nejsou už dávno jen pro pacienty, jejichž věk přesáhl šedesát. Často jsou na lůžkách ortopedických klinik k vidění i pacienti, jejichž věk je do patnácti let věku. Tito mladí lidé jsou velmi aktivní ve sportovním životě a zátěž na určité klouby není přiměřená jejich věku. Ve většině případů se však dá operaci předejít. Jsou vlivy, jako je genetická predispozice či úraz způsobený jiným zaviněním, kdy jsou totální endoprotézy indikovány a jsou jediným možným řešením. Jsou však různá režimová opatření jako jsou například pravidelné pohybové aktivity a pravidelný a vyvážený příjem potravin, které progresi onemocnění mohou zpomalit.

V teoretické práci byla postupně zpracována problematika artrózy. Incidence a prevalence pacientů, kteří daným onemocněním trpí, rizikové faktory, které napomáhají vzniku artrózy a chirurgické řešení artrózy, které v posledních letech prošlo vývojem od Poldi Kladno až po nové necementované endoprotézy, do jejichž pórů kost prorůstá. V teoretické části je také pozornost věnována specifickým ošetrovatelské péče o ortopedického pacienta a ošetrovatelskému procesu.

V další části bakalářské práce je rozpracována problematika ošetrovatelského procesu u pacientky s artrózou kyčelního kloubu, k němuž byly dle posouzení stavu vypracovány ošetrovatelské diagnózy, byly stanoveny cíle, očekávané výsledky, byly navrženy intervence a následně realizace s zhodnocením cílů.

Bakalářská práce je určena pro všeobecné sestry pracující na ortopedických klinikách.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

KNIHY:

BUCHTELOVÁ, Eva a Alena CHARVÁTOVÁ. 2017. *Fyzioterapie v indikační oblasti II: učební text*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií. Skripta. ISBN 978-80-7561-060-7.

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

GALLO, Jiří. 2011. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Učebnice. ISBN 978-80-244-2486-6.

HECZKOVÁ, Jana a Alan BULAVA, 2016. Monitorování. In: BARTŮNĚK, a kol. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada publishing. Sestra. ISBN 978-80-247-4343-1.

HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 – 2017*. 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

HUGO, Jan, Martin VOKURKA a Markéta FIDLEROVÁ. 2016. *Slovník lékařských zkratk*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-519-4.

CHLÁDEK, Petr. 2016. *Femoroacetabulární impingement syndrom*. První vydání. Praha: Galén, 132 s. ISBN: 978-80-7492-251-0.

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

JESSEL, Christian. 2004. *Úspěšně proti artróze: aby klouby nebolely - preventivní a šetrné procvičování*. Vyd. 1. Plzeň: Ševčík. ISBN 80-7306-159-7.

KAŠÁKOVÁ, Eva, Martin VOKURKA a Jan HUGO. 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-424-1.

KOUTNÁ, Markéta a Ondřej ULRYCH. 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-190-2.

LANDOR, Ivan. 2012. *Revizní operace totálních náhrad kyčelního kloubu*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-254-4.

MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 80-247-1399-3.

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

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2019. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Text pro posluchače zdravotnických oborů. [online]. ISBN: 978-80-902876-9-3.

PLEVOVÁ, Ilona. 2018. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-271-0888-6.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3371-5.

ROZKYDAL, Zbyněk a Richard CHALOUPKA. 2017. *Vyšetřovací metody v ortopedii*. 3. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8606-7

SOSNA, Antonín. 2001. *Základy ortopedie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-202-8.

TRNAVSKÝ, Karel. 2002. *Osteoartróza*. 1. vyd. Praha: Galén. Repetitorium. ISBN 80-726-2158-0.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-247-3421-7.

ČLÁNKY:

BLAŽEK, Martin, HAVEL, Eduard a BĚLOBRÁDKOVÁ, Eva. 2012. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. *Interní medicína*. **14**(11), 422–428. ISSN: 1212-7299. Dostupné také z:

file:///C:/Documents%20and%20Settings/Dohnalke/Dokumenty/Downloads/Solen_int-201211-0006.pdf

GALLO, Jiří. 2012. Endoprotéza kyčelního kloubu – přežití výsledku, komplikace, socioekonomický dopad. *Lékařské listy: prevence - diagnostika - terapie - péče - teorie - praxe*: příloha Zdravotnických novin. (11), 16-19.

LOŠTÁK, Jiří a kol. 2017. Kateřina. Lokální aplikace kyseliny tranexamové u TEP kyčle snižuje krevní ztráty a spotřebu krevních transfuzí. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae Čechoslovaca*. **84**(4), 254-262. ISSN: 0001-5415. Dostupné také z: http://www.achot.cz/dwnld/achot_2017_4_254_262.pdf

OLEJÁROVÁ, Marta. 2013. Symptomatické léky osteoartrózy s dlouhodobým efektem (SYSADOA). *Geriatric a gerontologie*. **2**(1), 32-35. ISSN: 1805-4684. Dostupné také z: <http://kramerus.medvik.cz/search/pdf/web/viewer.html?pid=uuid:ee7c51ff-0616-11e5-b183-d485646517a0>

OPAVSKÝ, Jaroslav a kol. 2016. Porovnání percepce bolesti a výsledků algo funkčních dotazníků u pacientů s osteoartrózou kyčelního nebo kolenního kloubu. *Bolest*. **19**(Suppl. 2), 19. ISSN: 1212-0634; 1212-6861 (elektronická verze). Dostupné také z: http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2016/022016_suppl/Bolest_abstrakta_supplementum_2.pdf

ŠTĀSTNÝ, Eduard a kol. 2018. Management poškozené kloubní chrupavky a osteoartrózy - operační léčba. *Interní medicína pro praxi*. **20**(1), 32-37. ISSN: 1212-7299. Dostupné také z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2018/01/08.pdf>

TOMÁŠ, Tomáš. 2008. Pacient - rizikový faktor infekce totální endoprotézy. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae čechoslovaca*. 2008, **75**(6), 451-456. ISSN 0001-5415. Dostupné také z: <http://www.achot.cz/detail.php?stat=230>

TRČ, Tomáš. 2016. Pacientům s osteoartrózou máme co nabídnout. *Medical tribune*. 2016, **12**(11). ISSN 1214-8911. Dostupné také z: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr>

CIZOJAZYČNÉ ZDROJE:

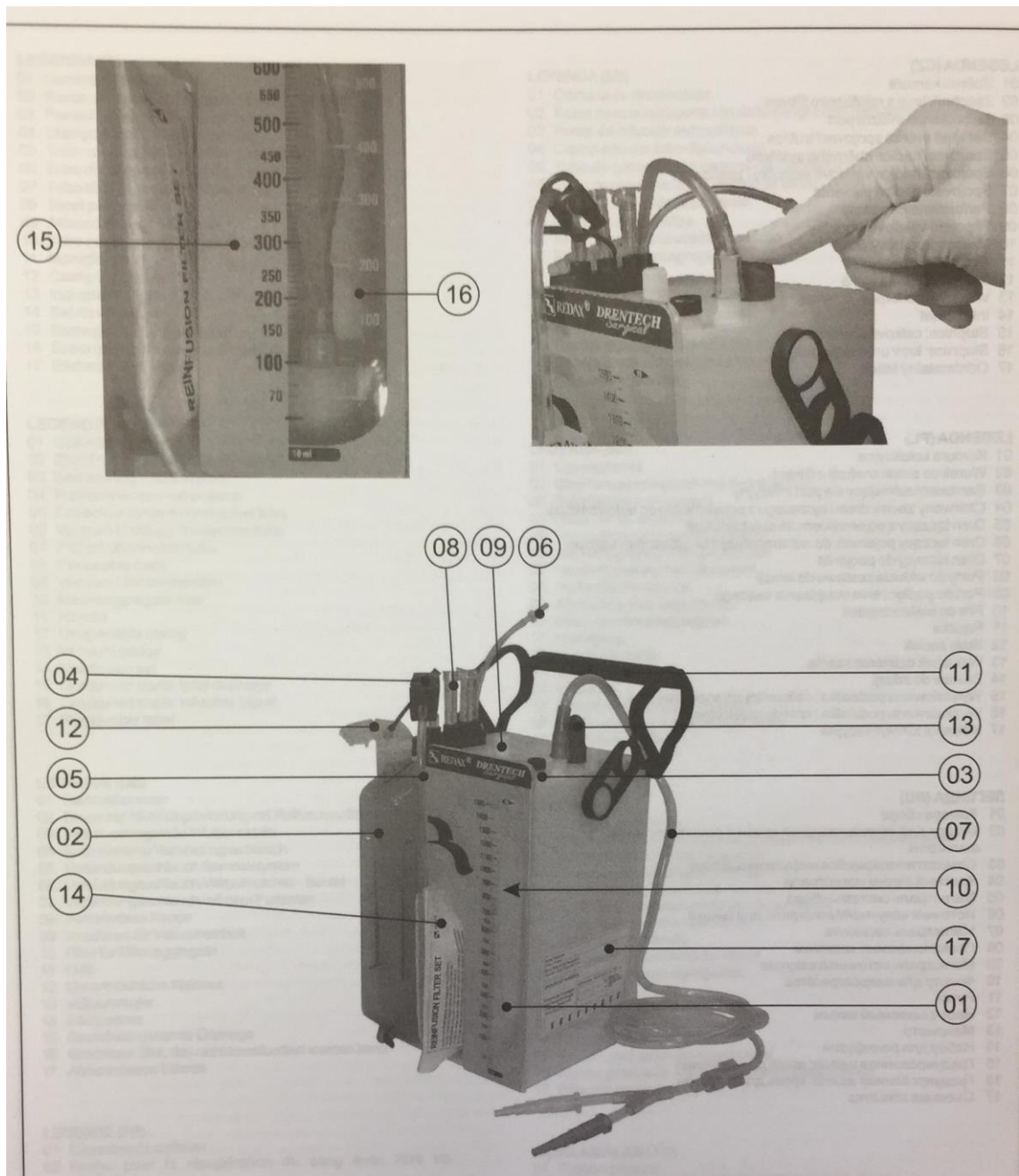
ULUÇAY, Çagatay et al. 2013. *Acta orthopaedica et traumatologica turcica*.**47**(5), 330-333 DOI: 10.3944/AOTT. 2013.3103.ISSN: 1017-995X. Dostupné také z: <http://aott.org.tr/files/journals/1/articles/2519/public/2519-3056-1-PB.pdf>

FERNANDES, Linda et al. 2013. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Annals of the rheumatic diseases*.**72**(7), 1125-1135 DOI: 10.1136/annrheumdis-2012-202745. ISSN: 0003-4967 eISSN: 1468-2060 Dostupné také z: <https://ard.bmj.com/content/annrheumdis/72/7/1125.full.pdf>

PŘÍLOHY

Příloha A – Rekuperační přístroj na ortopedickém oddělení Fakultní nemocnice Olomouc.....	I
Příloha B – Polohovací pomůcky na ortopedickém oddělení Fakultní nemocnice Olomouc.....	II
Příloha C – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce	III
Příloha D – Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat.....	IV
Příloha E – Literární rešerše Vědecké knihovny Olomouc.....	VI
Příloha F – Čestné prohlášení.....	VII

Příloha A – Rekuperační přístroj



Zdroj: Fakultní nemocnice Olomouc, oddělení 29 A

Příloha B – Polohovací pomůcky



Zdroj: Fakultní nemocnice Olomouc, oddělení 29 A

Příloha C – 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	Radka Dohnalová	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VSV
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacientky s artrózou kyčelního kloubu k operačnímu řešení	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Fakultní nemocnice Olomouc, Ortopedická klinika	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Miroslava Kubicová, PhD.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci ošetrovatelského procesu	Ošetrovatelský proces <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Kubicová</i>	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	

V Praze dne 16. 11. 2018

Radka Dohnalová
.....
podpis studenta

Příloha D – Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUC

ODBOR KVALITY

Fm-MP-G015-05-ZADOST-001

I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz
IČ: 00098892

verze č. 1, str. 1/3

Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat

Jméno a příjmení žadatele: Radka Dohnalová

Datum narození: 23. 02. 1996 Telefon: 731 376 817 E-mail: Dohnal.Radka@seznam.cz

Kontaktní adresa: Staměřice 87, Dolní Újezd 751 23

Přesný název školy/fakulty: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

Obor studia: Ošetrovatelství

Forma studia: prezenční kombinovaná **distanční**

Téma závěrečné práce:

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S ARTRÓZOU KYČELNÍHO KLOUBU K OPERAČNÍMU
ŘEŠENÍ

Žadatel ve FNOL koná odbornou praxi:

ANO na pracovišti: v termínu od: do:

NE

Žadatel je zaměstnancem FNOL:

ANO na pracovišti: KARIM- NIP/DIOP

NE

Pracoviště FNOL dotčená průzkumem: Ortopedická klinika

Účel žádosti:

sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce

sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce

sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlášení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlášení do zdr. dokumentace“.

Dotazníková akce pro pacienty FNOL pro zaměstnance FNOL

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: _____

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: _____

do: _____

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku.

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: _____

1

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od: _____

1. 05.
201
9

10. 05. 2019

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci:

Medicínská diagnóza, vitální fce při přijetí, anamnéza, medikace, zajištění invazivních vstupů, výsledky laboratorních hodnot.

Při nahlížení do zdravotnické dokumentace bude do každé dokumentace vložen formulář Fm-MP-G015-05-NAHLED-001 Záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace pro účely výzkumu/studie.

Ostatní

Ošetřovatelský proces – počet: _____

1

vedení rozhovoru s pacientem FNOL – počet pacientů: _____

1

vedení rozhovoru se zaměstnancem FNOL – počet zaměstnanců: _____

1

povolání: _____

všeobecná
sestra

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek).

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte): _____

Za které období budou data zjišťována: _____

poslední 3 dny hospitalizace pacienta

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: _____

1. 05. 2019

do: _____

10. 05. 2019

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat: _____

Způsob zveřejnění závěrečné/seminární práce:

Budete FNOL uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci? ANO NE

Poučení:

Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat (Fm-MP-G015-05-ZADOST-001)

strana

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací.

Žadatel (datum podpis): Radka Dohnalová

Schválil (datum podpis):

29. 4. 2019

Ing. Andrea Drobiličová
Hlavní sestra
Odd. pro hlavní sestry
Fakultní nemocnice Olomouc*

Poznámky:

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

tel. : 585 205 333

Bibliografický soupis
č. RES 144/2019

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S ARTRÓZOU KYČELNÍHO KLOUBU K OPERAČNÍMU ŘEŠENÍ

Počet záznamů: 99 (23 knih, 68 článků, 8 vysokoškolských kvalifikačních prací)
Časové rozmezí: 2011-2018
Datum: 22.01.2019
Jazykové vymezení: čeština, angličtina
Zpracovala: Mgr. L. Krátká (kratka@vkol.cz)
Druh literatury: knihy, články, vysokoškolské kvalifikační práce

Zdroje:

- katalogy VKOL (<https://aleph.vkol.cz/F/>)
- Bibliographia medica Čechoslovaca (<https://www.medvik.cz/bmc/index.do?focus=default>)
- Bibliographia medica Slovaca (<http://www.slk.sk>)
- databáze Národní knihovny ČR (<http://aleph.nkp.cz/>)
- portál Knihovny.cz (<https://www.knihovny.cz/>)
- Centrální katalog Univerzity Karlovy (<http://ckis.cuni.cz/>)
- Web of Science
- EBSCO
- katalog Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (<https://www.medvik.cz/bmc/index.do?focus=BOE205>)
- THESES (www.theses.cz)

Klíčová slova: artróza kyčelních kloubů; náhrada kyčelního kloubu; ošetřovatelský proces; ošetřovatelská péče; ošetřovatelský postup; osteoarthritis; hip osteoarthritis; nursing; artróza; kyčel; orthopedic nursing; ortopedie

MDT: 616.72-003.8

KONSPEKT: 616 - Patologie. Klinická medicína [14]

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracoval údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetřovatelský proces u pacientky s artrózou kyčelního kloubu k operačnímu řešení 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. 2018

.....

Jméno a příjmení studenta