



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Blanka Poláková

**Ošetrovatelská péče o pacientku po totální
endoprotéze kyčelního kloubu v domácí péči**

Home care of the patient with a total hip replacement

Případová studie

Bakalářská práce

Praha, duben 2010

Autor práce: Blanka Poláková

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: PhDr. Zvoníčková Marie

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF

Odborný konzultant: MUDr. Daniel Říha

Pracoviště odborného konzultanta: Ortopedicko – traumatologická
klinika FNKV

Datum a rok obhajoby: duben 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne : 20.2. 2010

Blanka Poláková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala za pomoc, cenné rady a odborné konzultace vedoucí bakalářské práce PhDr. Marii Zvoníčkové a odbornému konzultantovi MUDr. Danielu Řihovi.

OBSAH

PODĚKOVÁNÍ	4
ÚVOD	6
1 KLINICKÁ ČÁST	7
1.1 ANATOMICKO– FYZIOLOGICKÝ ÚVOD	7
1.2 CHARAKTERISTIKA PROBLÉMU	10
1.2.1 Zlomeniny proximálního femuru	10
1.3 VYŠETŘOVACÍ METODY	13
1.4 TERAPIE ZLOMENIN PROXIMÁLNÍHO FEMURU	13
1.4.1 Totální endoprotéza kyčelního kloubu - historie	14
1.4.2 Typy endoprotéz kyčelního kloubu	14
1.4.3 Indikace a kontraindikace k totální endoprotéze kyčelního kloubu	16
1.4.4 Předoperační a pooperační období	16
1.4.5 Farmakoterapie	18
1.4.6 Komplikace	20
1.4.7 Režim po propuštění z nemocnice	22
1.5 ÚDAJE O NEMOCNÉ	24
1.6 DOMÁCÍ ZDRAVOTNICKÁ PÉČE	27
1.7 PROGNOZA	27
2 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	28
2.1 VÝBĚR OŠETŘOVATELSKÉHO MODELU	28
2.2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	29
2.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	30
2.4 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY	36
2.4.1 Porucha integrity kůže z důvodu pádu	38
2.4.2 Dekubity na patách z důvodu snížené hybnosti v pooperačním období	39
2.4.3 Změny pohyblivosti v souvislosti s chirurgickým výkonem	41
2.4.4 Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny a oblékání z důvodu omezené pohyblivosti	42
2.4.5 Inkontinence moči v souvislosti s oslabeným pánevním dnem	44
2.4.6 Riziko pádu z důvodu nestability	45
2.4.7 Riziko krvácivých stavů v souvislosti s medikací	46
2.5 HODNOCENÍ PSYCHICKÉHO STAVU NEMOCNÉ	48
2.6 EDUKACE	48
2.7 ZÁVĚR	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:	54
SEZNAM ZKRATEK:	56
SEZNAM PŘÍLOH:	58

Úvod

Cílem této bakalářské práce bylo zpracování případové studie ošetrovatelské péče po totální endoprotéze kyčelního kloubu u pacientky F.J. (78 let) v jejím domácím prostředí. Pacientce byla implantována náhrada kyčelního kloubu pro zlomeninu krčku femuru.

Práce má klinickou a ošetrovatelskou část.

Na začátku klinické části je uvedena anatomie kyčelního kloubu, dále se zabývám zlomeninami proximálního femuru a jejich řešením. Následuje stručná historie totálních endoprotéz kyčelního kloubu, jejich typy a možné komplikace.

V ošetrovatelské části je zmíněna charakteristika ošetrovatelského procesu s využitím jednotlivých fází ošetrovatelského procesu podle koncepčního modelu Marjory Gordonové. Informace o pacientce byly získány na základě rozhovoru s pacientkou a jejím přítelem, vlastním pozorováním, sledováním fyziologických funkcí a čerpáním z dostupné dokumentace. Jejich vyhodnocením jsem stanovila aktuální i potenciální ošetrovatelské diagnózy, včetně plánu ošetrovatelské péče, jeho realizací a hodnocením péče. Dále uvádím dlouhodobý plán ošetrovatelské péče a hodnocení psychického stavu pacientky. Edukace pacientky a následná prognóza ukončuje ošetrovatelskou část bakalářské práce. Práce je doplněna seznamem použité literatury a přílohami.

1 Klinická část

Totální endoprotéza kyčelního kloubu se v dnešní době počítá mezi velice efektivní a rozšířené operace. Byla indikována u pacientky této případové studie po zlomenině krčku stehenní kosti. Při hospitalizaci v nemocnici došlo ke zhoršení psychiky pacientky, odmítáním pohybu s následným rozvojem dekubitů na patách a sakru. Po částečném zlepšení byla pacientka převezena do Gerontologického rehabilitačního centra a následně předána do péče domácí zdravotnické služby.

1.1 Anatomicko–fyziologický úvod

Kost stehenní (femur)

se počítá za největší kost v lidském těle. Hlavice (caput femoris) se nachází na proximálním konci femuru, její poloměr se pohybuje kolem 2,5 cm. Hlavici se dnem acetabula spojuje ligamentum capitis upínající se ve fovea capitis na vrcholu hlavice. Krček (collum femoris) navazuje na hlavici, u dospělých dosahuje délky 4-5 cm a svírá s tělem kosti kolodiatfyzární úhel 125° . Přední strana krčku je plochá, zadní je konvexní. Trochanter major a trochanter minor jsou umístěni na přechodu těla femuru a krčku. Trochanterický masiv je proti krčku ventrálně ohraničen linea introchanterica a dorzálně jsou oba trochantery spojeny mohutnou crista introchanterica, kde se nachází výraznější prohlubeň fossa trochanterica. Tuberculum innominatum je malý hrbolek umístěný na zevní ploše trochanter major. Upíná se zde musculus gluteus medius a začíná šlacha musculus vastus lateralis. Zadní strana krčku je uložena extraartikulárně, přední strana intraartikulárně. Femur se distálně rozšiřuje ve dva epikondyly – epicondylus medialis et lateralis. Distálně od nich jsou kloubní plochy kolenního kloubu – condylus medialis, condilus lateralis, spojené nepárovou kloubní plochou pro patellu – facies patellaris.^{1,2}

Pletenec pánevní

tvorí kost pánevní (os coxae) - srostlá z kosti kyčelní (os ilium), kosti sedací (os ischii) a kosti stydké (os pubis). Os coxae je spojena s kostí křížovou (os sacrum) a kostrčí (os coccygis). Pravá a levá polovina pánve je vepředu spojena symfýzou.

Kyčelní kloub (articulatio coxae)

je kloubem jednoduchým, kulovitým a omezeným. Kloubní plochy articulatio coxae utváří hlavice kyčelního kloubu (caput femoris) a kloubní jamka.

Kloubní jamka (acetabulum) leží ve spojení všech tří kostí pánevních. Má tvar polokoule o průměru kolem 2,5 cm dle velikosti postavy. Po obvodu má hladký povrch, ve facies lunata (tvar podkovy) je jamka pokryta kloubní chrupavkou, zbytek dna jamky je drsný, prostupují zde cévy. Mimo kloubní plochu je acetabulum vyplněno polštářem tukového vaziva – pulvinar acetabuli. Na okraji obvodu acetabula je přerušení – incisura acetabuli, překlenuté ligamentum transversum acetabuli. Po obvodu acetabula je přirostlý vazivově chrupavčitý lem (labrum glenoidale) přiléhající k hlavici a zvětšující kontaktní plochu hlavice a jamky.^{1,2}

Kloubní pouzdro je silné a pevné. Ventrálně je upnuto na linea intertrochanterica (zdrsnělá spojnice mezi oběma trochantery) – přední plocha krčku je uložena intraartikulárně, dorsálně překrývá pouzdro jen mediální poloviny krčku – extraartikulární uložení.^{1,2}

Vazy zesilující kloubní pouzdro:

- **ligamentum iliofemorale** – nejsilnější vaz lidského těla tvaru obráceného písmene ypsilon, jde od spina iliaca anterior inferior a rozbíhá se distálně k bazi trochanter major a na linea intertrochanterica
- **ligamentum pubofemorale** – začíná od horního ramene kosti stydké k linea intertrochanterica
- **ligamentum ischiofemorale** – jde od zadního okraje kyčelní jamky k hornímu okraji krčku

- *ligamentum capitis femoris* – začíná z incisura acetabuli a fossa acetabuli k fovea capitis femoris
- *zona orbicularis* – vazivový prstenec obtáčeující krček, vzniká spletením vláken jdoucích z ileofemorálních, pubofemorálních a ischiofemorálních vazů, pomáhá držet hlavici v jamce.^{1,2}

Biomechanika kyčelního kloubu: abdukce (asi 45°), addukce (asi 30°), dorzální flexe (asi 15°), ventrální flexe (asi 140°), vnitřní rotace (45°), vnější rotace (55°).^{1,2}

Svaly přední strany kyčelního kloubu:

- Musculus iliopsoas: musculus psoas major, musculus iliacus; musculus psoas minor
- Inervace: plexus lumbalis
- Začínají od bederní páteře a od lopaty kosti kyčelní, mimo musculus psoas minor procházejí skrze lacuna musculorum a upínají se trochanter minor stehenní kosti
- Funkce: flexe kyčelního kloubu

Svaly zadní strany kyčelního kloubu:

- Musculus gluteus maximus, musculus gluteus medius, musculus gluteus minimus, musculus piriformis, musculus obturatorius internus, musculus gemellus superior, musculus gemellus inferior, musculus tensor fasciae latae, musculus quadratus femoris
- Inervace: nervy a přímé větve z plexus sacralis
- Funkce: extenze kyčelního kloubu, abdukce, addukce, zevní rotace, cirkumdukce^{1,2}

Cévní zásobení:

Arteria circumflexa femoralis medialis a lateralis – jejich poškození je častou příčinou komplikací zlomenin krčku – avaskulární nekróza, a. glutea superior et inferior, a. obturatoria, a. pudenda interna, a. perforans prima.^{1,2,3}

1.2 Charakteristika problému

Zlomeniny krčku stehenní kosti patří mezi nejčastější a nejzávažnější zlomeniny u starších pacientů a jsou často důvodem pro indikaci k totální endoprotéze kyčelního kloubu.

1.2.1 Zlomeniny proximálního femuru

Kostní tkáň je považována za tkáň metabolicky aktivní. Je tvrdá a pružná. Obsahuje minerální látky (zejména fosforečnan vápenatý ve formě hydroxyapatitu), které dodávají kosti tvrdost. Pružnost je dána uspořádáním vláken mezibuněčné hmoty. Osteoblasty jsou aktivní buňky tvořící kostní hmotu, osteocyty buňky neaktivní, osteoklasty tkáňové makrofágy podílející se na odbourávání kosti. Procesy odbourávání a znovuvytváření kosti ovlivňuje pravidelné a přiměřené zatěžování, metabolismus vápníku a jeho regulační mechanismy (vitamin D, parathormon), pohlavní hormony. Kostí mohou být postiženy úbytkem organické hmoty i demineralizací, porušenou strukturou organické hmoty i patologickou přestavbou. Tím se zvětšuje jejich křehkost a následný sklon k zlomeninám.¹⁶

Největší skupinou pacientů se zlomeninou krčku tvoří ženy okolo 80. roku. Vysoké riziko je u žen v postmenopauzálním věku, tvoří až 80% poraněných. Mechanismus je nejčastěji přímý náraz na trochanter při pádu na bok nebo extrémní rotace končetiny při pádu dopředu při minimálním násilí.⁵

Typy zlomenin dle anatomické lokalizace:

1. Zlomeniny hlavice femuru

- Pipkin I: zadní luxace kyčle s frakturou hlavice distálně od fovea centralis
- Pipkin II: zadní luxace kyčle s frakturou hlavice kranálně od fovea centralis
- Pipkin III: Typ I nebo II s frakturou krčku

- Pipkin IV: Typ I, II, nebo III se zlomeninou acetabula

2. Zlomeniny krčku femuru

- intrakapsulární (subkapitální, mediocervikální): možné poškození cév
- extrakapsulární (basicervikální-laterální): nebývají poškozeny cévy

Klasifikace podle Pawelse (dle úhlu lomné linie vzhledem k horizontále):

- Pawels I: úhel do 30°
- Pawels II: úhel 30-50°, větší působení střížných sil
- Pawels III: úhel je větší než 50°, převládají střížné síly, nestabilní zlomenina

Klasifikace podle Gardena (dle dislokace):

- Garden I: neúplná zlomenina krčku (zaklíněná nebo abdukční)
- Garden II: úplná zlomenina téměř bez dislokace
- Garden III: úplná zlomenina s dislokací do varosity, riziko poranění cév
- Garden IV: úplná zlomenina s úplnou dislokací, největší riziko vzniku avaskulární nekrózy

3. Zlomeniny trochanterického masivu

- dobrá tendence k hojení, lomná linie zasahuje trochanterický masiv (stabilní, nestabilní)
- Pertrochanterické – lomná linie směřuje od velkého k malému trochanteru
- Intertrochanterické – lomná linie je napříč mezi velkým a malým trochanterem

4. Zlomeniny subtrochanterické

- linie směřuje od malého trochanteru distálněji
- spíše řazeny do skupiny zlomenin difýzy^{3,5}

Klasifikace AO / OTA (1987, Müller, Nazarian, Koch)

částečně popisná klasifikace dlouhých kostí (ale i pánve a páteře) zčásti hodnotící závažnost zlomeniny

- 1.údj: postižená kost (1-humerus, 2- předloktí, 3- femur, 4- bérec, 5- páteř, 6- pánev, 7- ruka, 8- noha)
- 2.údj: segment kosti (1- proximální epimetafýza, 2- diafýza, 3- distální epimetafýza)
- 3.údj: typ zlomeniny – jednoduché (lomná linie: spirální, šikmá, příčná- A1-3)
 - multifragmentární (a. s mezifragmentem: spirální, klínovitý, fragmentovaný – B1-3; b. komplexní: možná repozice fragmentů do vzájemného kontaktu: spirální, segmentovaný, nepravidelný – C1-3)³

zlomeniny hlavice:

- dle AO 31 C (v praxi se příliš nepoužívá; užívá se Pipkin)

zlomeniny krčku:

- dle AO 31 B 1 (nedislokované nebo zaklíněné minimálně dislokované fraktury – pro konzervativní terapii nebo u mladých pacientů pro stabilizaci osteosyntézou v nezměněném postavení)
- dle AO 31 B 2 (částečně dislokované zlomeniny s pravděpodobností poranění cév)
- dle AO 31 B 3 (výrazně dislokované zlomeniny s výraznou pravděpodobností poranění cév)

zlomeniny pertrochanterické:

- dle AO 31 A 1 (nedislokované pertrochanterické fraktury)
- dle AO 31 A 2 (dislokované pertrochanterické fraktury)

zlomeniny intertrochanterické:

- dle AO 31 A 3

1.3 Vyšetřovací metody

Diagnóza se stanovuje na základě anamnézy, klinického vyšetření a výsledků zobrazovacích metod.

Anamnéza – je důležitou součástí stanovení diagnózy. Dá nám představu o okolnostech a mechanismu úrazu, stavu pohybového systému před úrazem, interní, neurologické a jiné diagnózy, předchozí operace, celkový stav, chronické medikace, alergie, sociální a pracovní data.

Při **klinickém vyšetření** nás zajímá stav vědomí, celkový psychický a fyzický stav, základní životní funkce. Klinické vyšetření zahrnuje pohled, pohmat, poslech, poklep. Snažíme se zjistit bolestivost jednotlivých oblastí a eventuálně omezenou hybnost jednotlivých kloubů.

Zobrazovací metody – nejčastěji se provádí RTG vyšetření (nativní předozadní a boční) a CT vyšetření. Při podezření na traumatickou cévní lézi se indikuje angiografie, méně často MR.

Laboratorní vyšetření – hematologické vyšetření (krevní obraz, krevní skupiny), biochemické vyšetření (glykémie, minerály, urea, kreatinin, jaterní testy, APTT, Quickův test...)³

1.4 Terapie zlomenin proximálního femuru

Konzervativní: pouze nedislokované zlomeniny, stabilní, zaklíněné, typu Pawels I, Garden I a II, sledovat na RTG, zda nedochází k sekundární dislokaci, dále pacienti kontraindikovaní k operaci.

Operační: osteosyntéza (spongiózní šrouby,PFN, DHS...), TEP, CKP.⁵

1.4.1 Totální endoprotéza kyčelního kloubu - historie

Totální endoprotéza kyčelního kloubu je implantát, který nahrazuje jak hlavici, tak kloubní jamku. Zakladatelem alopplastiky kyčelního kloubu je sir John Charnley. Jako první zkonstruoval a použil v roce 1960 polyetylenovou jamku a kovový dřík, který byl zavedený do dřevňové dutiny femuru s malou hlavici. Pracoval systémem cementované fixace. V roce 1969 byla v Československu implantována první endoprotéza klasické konstrukce. V Poldi Kladno se začala v roce 1973 vyrábět endoprotéza zkonstruovaná na podkladě zkušeností s implantátem Müllerovým pod názvem Poldi-Čech (na jejím vývoji se podílel prof. O. Čech). Koncem 60. let a začátkem 70. let 20. století se začaly používat endoprotézy necementované. Ve větší míře se začaly užívat v 80. letech s předpokladem snížit počet selhání a usnadnit případnou reimplantaci bez zbytečných ztrát kosti a komplikací při odstraňování cementu.^{3,12}

1.4.2 Typy endoprotéz kyčelního kloubu

Aloplastika je typem operace, kdy se nahrazuje celý kloub nebo jeho část cizím (alogenním) materiálem. Materiály, které se nejčastěji používají, jsou kovy a jejich slitiny (nerezavějící oceli, kobaltové nebo titanové slitiny...), plasty (polyethylen), a keramika (oxid hlinitý).⁶

Podle typu ukotvení do kosti rozdělujeme endoprotézy na: cementované, necementované, hybridní (každá z komponent je fixována rozdílnou technikou).

Totální náhrada se skládá z acetabulární komponenty (nahrazuje kloubní jamku, buď zacementovaná plastová jamka, jež je v přímém styku s hlavičkou anebo necementovaná kovová jamka s plastovou či keramickou vložkou, která je pak v kontaktu s hlavičkou) a z femorální komponenty (dříku, který nahrazuje krček a hlavici femuru, je vyroben z kovových materiálů, hlavička je kovová nebo keramická).

Cervikokapitální endoprotézy – nahrazují pouze horní konec femuru, používají se u zlomenin krčku femuru u biologicky starých jedinců. Jsou ve 2 variantách – buď monoblok – dřík s hlavicí vcelku nebo modulární s výměnnou hlavicí, umožňující pozdější konverzi na TEP.

Cementovaná endoprotéza – jamka a dřík s hlavicí jsou fixovány pomocí kostního cementu (methylmetakrylát) smícháním tekuté a práškové složky. Aby se předešlo vzniku kostní termické nekrózy, je nutné během tuhnutí cement chladit. Následkem otěru dochází při používání polyetylenových jamek k tvorbě tzv. agresivního granulomu. Částice oddroleného cementu společně s otěrovými částicemi polyetylenu fagocytují makrofágy a vyskytují se pak v zóně mezi kostním cementem a kostí (interface). Zde postupně dochází k uvolňování obou komponent. To je závislé na několika faktorech – konstrukčním typu endoprotézy, přetěžování, materiálu použitém k výrobě, provedení operace. Fixace cementem bývá nejkvalitnější při první implantaci, při reimplantacích není fixace ideální díky skleróze obklopující kosti.^{3,12,15}

Necementovaná endoprotéza – vylučují negativní vliv kostního cementu, umožňují vrůst kosti do jejich povrchu. Mezi první necementované endoprotézy patří endoprotéza podle profesora Zweymüllera. Po určitém vývoji se tato endoprotéza skládá z femorální komponenty vyrobené z titanové slitiny, která je po předchozím vyrašplování (tzv. pressfit) zaražena do dřeňové dutiny femuru a dále ze závitové bikonické jamky. Zhrubění povrchu obou komponent se dosáhne tryskáním prášku z tvrdých materiálů (korund), aby se dosáhlo osteointegrace implantátu s kostí (kontaktní typ osteogeneze). Jiné typy úpravy povrchu – např. porous coating (kovové porézní povrchy nanášené metodou plazmatického nástřiku), povrch z bioaktivní keramiky – hydroxyapatitu (též metodou plazmatického nástřiku, urychluje kostní vrůst do povrchu dříku, má stabilizační funkci a zmenšuje efektivní kloubní prostor, čímž je nižší i riziko uvolnění). Jedná se o vazebnou osteogenezi, kdy se tvoří chemická vazba mezi implantátem a kostí. Biologické a mechanické vazby lze dosáhnout tzv. kombinovanými povrchy, kdy spodní vrstva je tvořena porézním povrchem a na něj se nanáší bioaktivní keramika.^{3,6,15}

1.4.3 Indikace a kontraindikace k totální endoprotéze kyčelního kloubu

Mezi nejčastější důvody k náhradě kyčelního kloubu patří:

- primární koxartróza III. a IV. stupně
- sekundární koxartróza (pouřazové artrózy, deformity po vrozených vývojových poruchách kyčelního kloubu a jejich léčbě, revmatické choroby, nekróza hlavice po užívání kortikoidů či nadměrném používání alkoholu atd.)
- zlomenina krčku femuru či acetabula (pakloub krčku, nekróza hlavice)
- kostní nádory^{6,12}

Kontraindikace:

Celkové – nespolupráce nebo odmítnutí pacienta, předpoklad neschopnosti chůze po operaci, infekce v jiných lokalitách (nejčastěji uroinfekce), závažnější interní a neurologická onemocnění

Místní – kožní hnisavé afekce, bércové vředy, furunkly, dekubity^{12,15}

1.4.4 Předoperační a pooperační období

Všeobecná předoperační příprava:

- psychická příprava, předoperační rehabilitace (posílení svalstva kolem kloubu, nácvik chůze o berlích a pohybových stereotypů pro pooperační období, dechová gymnastika)
- podepsání informovaného souhlasu
- komplexní interní vyšetření včetně biochemického, hematologického a serologického vyšetření krve, chemické vyšetření moče
- autotransfúze (u plánovaných operací bez kontraindikace)
- seznámení anesteziologem o druhu anestézie

- celková hygiena, vyprázdnění střev, lačnění před výkonem
- příprava operačního pole
- bandáže DK, odložení zubních protéz, šperků..., měření FF, profylaxe ATB^{3,12,15}

Po implantaci endoprotézy je operovaná končetina udržována v extenzi, vnitřní rotaci a abdukci. Je zavedena odsavná drenáž a na operovanou končetinu je někdy nasazena na 2-3 dny antirotační botička, která snižuje riziko luxace v prvních pooperačních dnech. Pravidelně se měří FF, tlumí se bolest, sleduje se stav operační rány, krevní ztráty, kontroluje se periferie, odebírá se biologický materiál na vyšetření (především krevní obraz), sleduje se příjem a výdej tekutin, prevence TEN a dekubitů. Pacient začíná v co nejkratším pooperačním období aktivně zapínat svalstvo stehna a dolní končetiny. První den po operaci se pacient postupně vertikalizuje – nácvik sedu, druhý den po odstranění drénů nácvik postupu při vstávání, nácvik stoje u lůžka, postupný nácvik chůze o podpažních berlích s plným odlehčením operované končetiny. Intenzivní rehabilitace má za cíl pacienta aktivizovat, umožnit sebeobsluhu a vertikalizaci. Po 6 týdnech se obvykle dovoluje poloviční zátěž a chůze o francouzských holích - tříbodový systém, za dalších 6 týdnů je většinou možná plná zátěž – čtyřbodový systém chůze. Doba hospitalizace obvykle trvá 10-12 dní. Bývá doporučeno k prevenci TEN užívání Warfarinu nejčastěji po dobu 3 měsíců. Ve 14 denních intervalech se kontroluje INR tak, aby dosahovalo hodnot 1,5 – 2,5. V současné době jsou stále častěji zaváděné moderní perorální nízkomolekulární hepariny, které jsou bezpečnější a vylučují nutnost kontroly INR (Xarelto, Pradaxa). Nošení elastických punčoch se doporučuje po dobu 6 týdnů. Po 6 týdnech po operaci pacient absolvuje 1. kontrolu u operátora, který zkontroluje ránu, rozsah pohybu v kyčelním kloubu a délku DK. Další kontrola bývá po 3 měsících od operace, kdy je provedeno RTG vyšetření a operátor po zhodnocení snímku individuálně doporučí postupné odkládání berlí, dále je kontrola po ½ roce a poté 1x ročně. Obvyklá délka pracovní neschopnosti je 3 – 4 měsíce.^{3,6,12}

1.4.5 Farmakoterapie

Obecně je pacientům se zlomeninou proximálního femuru v nemocnici podávána tato medikace: - antikoagulancia (Heparin, Clexane, Fraxiparine,...)

- ATB (peroperačně jako prevence hlubokého infektu – tzv. chráněné koagulum nebo terapie např. uroinfektu, infekce horních cest dýchacích...)
- analgetika (opiáty a opioidy – inj.,tbl.)
- nesteroidní antirevmatika (Diclofenac...)
- antiulcerotica (Ranital, Helicid...)
- psychofarmaka (u starších pacientů – Buronil, Diazepam, Tiapridal)

Pacientka po propuštění z Gerontologického centra užívala tyto léky:

Detralex tbl. 2-0-0

Indikační skupina: venofarmakum, antihemoroidalum

Indikace: chronická žilní nedostatečnost dolních končetin jak funkční, tak organická s následujícími symptomy: pocit těžkých nohou, bolest, noční křeče. Léčba hemoroidů.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku¹³

Aktiferrin cps. 1-0-0

Indikační skupina: antianemikum

Indikace: sideropenie, sideropenická anemie, rychlý růst mladistvých, dárcovství krve, těhotenská sideropenická anemie, krevní ztráty, kojení

Kontraindikace: hemochromatóza, přecitlivělost na složky přípravku, hemosideróza, anemie nezpůsobené nedostatkem železa, talasemie, opakované transfúze krve, porfyria cutanea tarda¹³

Citalopram tbl. 20mg 0-1-0

Indikační skupina: antidepresivum

Indikace: léčba depresivního onemocnění, prevence rekurence a relapsu onemocnění, léčba panické úzkostné poruchy, léčba obsedantně-kompulzivní poruchy

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, současná léčby IMAO kromě selegilinu do 10mg/den¹³

Buronil tbl. 25mg 0-1-1

Indikační skupina: psychofarmakum, neuroleptikum

Indikace: akutní a chronická schizofrenie, abstinenční syndrom při alkoholismu, poruchy chování způsobené mentální retardací, úzkostné neurózy, stavy zmatenosti, úzkosti, vzrušenosti a nočního neklidu, zvláště u starších pacientů

Kontraindikace: děti do 12 let, 1.trimestr těhotenství, přecitlivělost na složky přípravku, maligní neuroleptický syndrom, oběhový kolaps, útlum CNS, komatózní stavy, krevní dyskrázie, feochromocytom, těžká jaterní insuficience¹³

IVE 1-0-0

Přírodní, nehormonální doplněk stravy určen k užívání při nechtěném úniku moči, bez známých vedlejších účinků

Heparoid krém

Indikační skupina: dermatologikum, venofarmakum

Indikace: povrchové tromboflebitidy, phlebitis migrans, periflebitidy u bércového vředu, tromboflebitidy při varikózním komplexu, atonický bércový vřed, kontuze, distorze měkkých částí, hematomy

Kontraindikace: hemoragická diatéza, purpury, trombocytopenie, hemofilie, přecitlivělost na složky přípravku¹³

Moduretic tbl. sudé dny ½-0-0

Indikační skupiny: diuretikum, antihypertenzivum

Indikace: diuretický účinek u edémů, u nemocných s deplecí kalia, hypertenze, kardiální edémy, jaterní cirhóza

Kontraindikace: těžká renální insuficience, diabetická nefropatie, přecitlivělost na složky přípravku, hyperkalemie, suplementace kalia, jaterní selhání, těhotenství, kojení¹³

Warfarin tbl.

Indikační skupina: antikoagulans

Indikace: profylaxe a léčba tromboembolických chorob (sledovat INR: při vyšších hodnotách riziko krvácení, při nedostatečných hodnotách riziko trombózy, embolizace)

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, tendence ke krvácivosti, těžké poškození jaterních nebo ledvinových funkcí, těžká hypertenze, endokarditida, gastroduodenální vředová choroba, poškození CNS, neurochirurgické zákroky, těhotenství^{8,13}

1.4.6 Komplikace

Nejzávažnější komplikací je smrt v souvislosti s operací, v praxi nejběžnější komplikací je bolest.³

Peroperační komplikace:

- poranění velkých cév (revize, sutura)

- syndrom tukové embolie (vliv toxického monomeru uvolňovaného při cementování, zahájení protišokové terapie)
- zlomenina v oblasti Adamsova oblouku a diafýzi femuru (osteosyntéza – cerkláž, dlaha; aplikace spongiózních štěpů)
- poranění nervů (při podezření na přerušeni nutno provést elektromyografické vyšetření)^{3,6,12}

Časné komplikace:

- krvácení (podání krevních konzerv)
- luxace endoprotézy (mechanismus luxace: 1. spontánní při nedostatečné stabilitě, 2. páčení krčku femorální komponenty o okraj acetabula, 3. páčení femuru o kostní prominenci pánve; riziko především první 3 měsíce, dodržovat antiluxační režim. Ventrální luxace – při zanožení, překřížení končetin, zevní rotaci. Dorzální luxace – při vnitřní rotaci, flexi nad 90°. Příznaky: bolest, zkrácení končetiny, zevně rotační postavení v kyčelním kloubu. Repozice v analgosedaci (např. Dolsin) či celkové anestézii, revize, při opakovaných luxacích reoperace.)
- syndrom tukové embolie (vliv toxického monomeru uvolňovaného při cementování, zahájení protišokové terapie)
- TEN (prevence: antikoagulační terapie, časná mobilizace, cvičení, bandáže)^{3,6,12}

Středně pozdní komplikace:

- pozdní hematom (revize rány)
- časná infekce (do 14 dnů: bolest, horečka nad 38°C, zarudnutí, otok, zvýšení FW a CRP; revize, odstranění nekrotických tkání, laváž s ATB)
- dehiscence rány (excise, výplachy, resutura)⁶

Pozdní komplikace:

- mitigovaná infekce (nejčastěji do 2 let po operaci, bez známek zánětu nebo projev s mírnými známkami zánětu, nejčastějším etiologickým agens je *Staphylococcus epidermidis*, na RTG obraz rychle postupujícího uvolnění endoprotézy)
- pozdní infekce (hematogenní cestou, nejčastější kultivační nálezy: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Propionibacterium acnes*...; léčba: nejčastěji dvoudobá reimplantace – v 1.době – odstranění endoprotézy, rozsáhlý debridement s bakteriologickou identifikací, artikulační cementový spacer impregnovaný antibiotiky - zároveň udržuje délku končetiny a umožňuje alespoň minimální pohyb v období mezi operacemi, proplachová laváž, intravenózní aplikace ATB dlouhodobě; v 2. době – nová endoprotéza nejdříve po 6 týdnech až 3 měsících)
- latentní infekce (kontaminace implantátu bez známek zánětu; na RTG – aseptické uvolnění, působením mikročástic polyetylenu, kovu nebo kostního cementu vzniká granulom, následná resorpce kosti a vznik kostních defektů)
- paraartikulární osifikace (častěji u poúrazových stavů, při výrazném omezení pohybu je indikována revize s odstraněním osifikací, radiační terapie, podávání Indometacinu)
- uvolnění a migrace (z příčin: chybné konstrukce TEP, chyby při implantaci, latentní infekce, otěr polyethylenu a fragmentace kostního cementu - „particle diseases“; reoperace, rekonstrukční operace^{3,6,12})

1.4.7 Režim po propuštění z nemocnice

Pacient, který je schopný dodržovat preventivní pooperační zásady a má zajištěnou běžnou péči v domácnosti, bývá většinou do 14 dnů propuštěn do domácího ošetřování, v opačném případě bývá umístěn na rehabilitační oddělení

následné péče, kde nadále vše procvičuje pod dohledem fyzioterapeuta a ošetřovatelského týmu nebo je doporučena komplexní lázeňská léčba.³

Pokyny po propuštění:

- několikrát denně procvičovat naučené cviky posilující a protahující svaly v oblasti kyčelního kloubu, zádové, hýžděové, břišní a svaly horní končetiny
- ležet na pevném, rovném lůžku, při poloze na boku ležet s polštářem nebo složenou dekou vloženou mezi kolena a bérce, na operovaném boku neležet dříve než za 2 měsíce
- nekřížit dolní končetiny, nedávat nohu přes nohu, nedělat dřepy, neshýbat se a nepředklánět se (flexe nad 90°)
- sedět na židli přiměřeně vysoké, vyvarovat se měkkých křesel, v kyčli nesmí být větší úhel než 90°, měnit polohy – neseset déle než ½ hodiny, neseset nakřivo
- na chůzi používat pevnou obuv, nejlépe na suchý zip, vhodné používat dlouhou obouvací lžici. Dle doporučení lékaře přejít po 6 týdnech z plného odlehčení na chůzi s francouzskými holemi a postupným zatěžováním operované DK, nepřetěžovat operovanou DK dlouhými pochody, v zimě používat protiskluzové nástavce na berle
- v prvních 6 týdnech si sám neoblékat ponožky, poté s pomůckami (navlékač ponožek, švédský podavač)
- sledovat svoji hmotnost – nadváha vede k většímu opotřebení endoprotézy
- při koupání preferovat použití sprchového koutu, koupelnu a WC opatřit madly a sedátkem na vanu, protiskluzovými podložkami
- nechodit po mokřem terénu
- k prevenci TEN používat elastická obinadla nebo zdravotní punčochy po dobu 6 týdnů od operace

- jízda v automobilu – jako spolujezdec ihned po propuštění (při sedání nejprve usednout z boku na sedadlo s nataženou operovanou DK, následně přetočit čelem vpřed); jako řidič vhodné po 6 týdnech až 3 měsících od operace
- sexuální aktivita: v prvních 3 měsících se vyvarovat zevní rotaci, addukci, flexi nad 90°
- vyvarovat se kontaktních sportů, jízdě na koni, prudšího běhu, skokům, doporučuje se jízda na rotopedu, plavání, každodenní procházky, po 6 měsících se doporučuje golf, turistika, jízda na kole^{3,12}

1.5 Údaje o nemocné

Identifikační údaje nemocné:

Jméno: F.J.
 Věk: 78 let (1932)
 Pohlaví: žena
 Sociální anamnéza: vdova, děti nemá, bydlí s druhem, 4.patro – výtah ve výstavbě
 Vzdělání: středoškolské
 Povolání: v důchodu, dříve vrchní setra v nemocnici
 Národnost: česká

Pacientka si po pádu doma při zakopnutí o koberec zlomila krček pravé stehenní kosti. V nemocnici jí byla implantována cementovaná endoprotéza kyčelního kloubu. (Cementované endoprotézy jsou většinou určeny starším pacientům u nichž je předpoklad, že kost může být postižena osteoporózou a není již tak kvalitní. Byla upřednostněna před cervikokapitální endoprotézou z důvodu předpokladu spolupráce pacientky a víceletou životní prognózou.) Operace proběhla bez problémů, v pooperačním období ale došlo ke zhoršení psychického stavu. Pacientka byla apatická, trpěla depresí, odmítala cvičit. Došlo k rozvoji dekubitů na obou patách a sakru. Stav se po týdnů postupně začal zlepšovat, pacientka

začala chodit v chodítku a následně zkoušela i chůzi o FH. Byla přeložena k doléčení do Gerontologického rehabilitačního centra.

Údaje z propouštěcí zprávy z Gerontologického rehabilitačního centra:

Rodinná anamnéza: matka zemřela v 42 letech pro hepatocelulární karcinom, otec a sourozenci zemřeli – neví proč

Osobní anamnéza: ICHDK, hypertenze, depresivní syndrom na terapii, st. Po fraktuře colli femoris dx. s následnou implantací TEP (cementovaná, 6/09), kouřila několik let- tč. nekouří, alkohol příležitostně

Alergická anamnéza: negativní

Léky: Detralex tbl. 2-0-0, Aktiferrin cps.1-0-0, Citalopram 20 mg tbl.0-1-0, Buronil 25 mg tbl. 0-1-1, IVE 1-0-0, Heparoid krém na lýtka 1-0-0, Moduretic tbl. sudé dny ½-0-0, Warfarin dle INR

Objektivní nález při přijetí: při vědomí, mírně desorientovaná časem, místem i osobou, chůze o 2 FH s pomocí, moč: inkontinentní, stolice: obstipace, kůže: bez cyanózy, anicterická, dekubity: na sakru hojící se dekubit 10x5 cm granulující, okolí šupinaté, levá pata – zelenožlutý zápachající povlak s částí černé nekrózy, velikost 5x3 cm, pravá pata – černá nekróza 3x1 cm, v oblasti vnitřního kotníku prosáklý defekt se serózní sekrecí

Hlava: skléry anicterické, zornice izokorické, fotoreakce výbavná, spojky růžové, jazyk oschlý bez povlaku, plazí středem, chrup protetický

Krk: pulsace karotid symetrická, není zvýšena náplň krčních žil, ŠŽ nehmatná, lymfatické uzliny nehmatné

Hrudník: dýchání sklípkovité, čisté, při bazích bilaterálně drobné chrůpky, drobný šelest v prekordiu, AS pravidelná 70/ min.

Břicho: v niveau, palpačně nebolestivé, peristaltika přítomna

Končetiny: LHK četné hematomy na paži a předloktí, otoky LDK do 2/3 lýtky, PDK do 1/3 lýtky, varikózní komplex bilaterálně, zhojená jizva po TEP dx, periferní pulsace pro otok nehmatná

Výsledky vyšetření:

Hmotnost: 53 kg, výška: 148 cm, TK: 155/85, P:70/min.

FW:10/15; Na-133; K-3,57; Chl-94; S-močovina-7,7; Kreatinin-67; G-5; CB-62,8; Albumin 35,1; leukocyty-5,28; erytrocyty-3,02; HGB-97; HCT-0,302, Fe 9,7; vit. B12-535; folát v séru-12,4

TEST ADL dle Barthelové –55;závěr: závislý 45-60

TEST MMSE-22; závěr: lehká kognitivní porucha 21-23

Epikríza: 78 letá pacientka byla přeložena z nemocnice po implantaci TEP dx. pro frakturu krčku, ke zlepšení zdravotního stavu, RHB, zlepšení soběstačnosti, léčbě dekubitů. Pro otoky DK nasazen Moduretic, otoky postupně regradovaly, hodnoty TK uspokojivé, pro dysurie přeléčena Nitrofurantoinem. Makrocytární anemie neprogredující, vit. B12 a folát v normě, Fe v séru při substituci v normě, pro hypokalemii přechodně substituce kalia. Při RHB schopna chůze s nízkým chodítkem.

Souhrn diagnóz:

- St.p. implantaci TEP dx.kyčelního kloubu pro fr.colli femoris (6/09)
- Mírná kognitivní porucha, etiol. převážně vaskulární (dle CT ischemické změny)
- ICHS chron., otoky DK při přijetí, při diuretické terapii tč. bez otoků
- Arteriální hypertenze na terapii komp.
- Anemie makrocytární bez progrese, substituce Fe
- ICHDK tč. bez klaudikací
- Gonarthroza bilat.

- Inkontinence moči
- St.p. IMC, přeléčena Nitrofurantoinem
- Depresivní syndrom na terapii

1.6 Domácí zdravotnická péče

Po ukončení pobytu v Gerontologickém centru byla pacientka navštěvována zdravotními sestrami z agentury domácí zdravotnické péče.

Domácí zdravotnická péče je odborná zdravotnická péče, která je poskytována pacientům na základě doporučení praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním, domácím, sociálním prostředí.

Délka a frekvence ošetrovatelské návštěvy : typ II. – 45 min

Prvních 14 dní po propuštění byla klientka navštěvována denně, dále byla frekvence návštěv snížena na 45 minut 3x týdně.

Cílem domácí zdravotnické péče byla kontrola zdravotního stavu, užívání léků, odběry krve na Quick, kontroly TK, kondiční cvičení na posílení svalstva dolních končetin a pánevního dna, nácvik chůze po bytě i v terénu, léčba dekubitů na obou patách a sakru.

1.7 Prognóza

Zlomeniny krčku představují veliký zásah do života jak pacienta, tak jeho rodiny. U většiny pacientů je snížena jejich soběstačnost a jsou tedy odkázáni na pomoc rodiny nebo sociálních pracovníků. Riziko bývá největší bezprostředně po úrazu a to následkem zhoršení základních životních funkcí. Totální endoprotézy mají životnost okolo 10 – 15 let. Vzhledem k tomu, že stav pacientky se po určité době zlepšil, došlo ke zhojení dekubitů a pacientka se naučila chodit o 2 FH, následně i s vycházkovou hůlkou a začala dodržovat doporučený režim, tak všechno nasvědčuje tomu, že jí její nový kyčelní kloub bude dlouho a dobře sloužit.

2 Ošetrovatelská část

2.1 Výběr ošetrovatelského modelu

Hodnocení stavu pacientky a ošetrovatelská anamnéza byla provedena podle modelu Marjory Gordonové na základě rozhovoru s pacientkou a jejím přítelem, dostupné dokumentace, zhodnocením celkového stavu, sledováním fyziologických funkcí a vlastním pozorováním při první návštěvě – první den po propuštění z Gerontologického centra (1,5 měsíce po operačním zákroku).

Podle klasického třídění ošetrovatelských modelů je model Marjory Gordonové zařazen do modelů interpersonálních vztahů jako Model funkčních vzorců zdraví.^{9,14} Z hlediska holistické filozofie je tento model považován za nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství. Je výsledkem grantu financovaného federální vládou USA v 80. letech minulého století.^{9,14}

Cílem ošetrovatelství je zodpovědnost jedince za své zdraví, rovnováha bio-psycho-sociální interakce. Pacient je zde považován za holistickou bytost mající biologické, psychologické, kulturní, sociální, duchovní a kognitivní potřeby. Jeho zdravotní stav posuzujeme jako funkční nebo dysfunkční.

Model Marjory Gordonové má strukturu tvořící dvanáct oblastí – dvanáct funkčních vzorců zdraví, které mohou být buď funkční nebo dysfunkční^{9,14}:

1. vnímání zdraví, aktivity k udržení zdraví – obsahuje způsob, jak se jedinec o své vlastní zdraví stará, jak vnímá svůj zdravotní stav, jaké má navyké postupy aktivit podporující tělesné i psychické zdraví a způsob dodržování lékařských a ošetrovatelských doporučení
2. výživa, metabolismus – udává způsob příjmu potravin a tekutin, dietní omezení, chuť k jídlu, hodnocení stavu kůže, defekty, schopnost hojení ran, stav vlasů, nehtů, chrupu, tělesná výška, hmotnost
3. vylučování – poskytuje informace o exkreční schopnosti střev, močového měchýře a kůže

4. aktivita, cvičení – zahrnuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo volnočasovými aktivitami, aktivity denního života
5. spánek, odpočinek – popisuje způsob spánku, odpočinku, užívání medikamentů na spaní
6. vnímání, poznávání – obsahuje kognitivní schopnosti, smyslové vnímání – sluch, zrak, čich, chuť, bolest; pomůcky, slovní vyjadřování, orientaci, rozhodování
7. sebepojetí, sebeúcta – zahrnuje představu o sobě, emocionální stav, vnímání sebe sama, nonverbální projevy
8. plnění rolí, mezilidské vztahy – popisuje úroveň mezilidských vztahů, plnění životních rolí, vnímání okolí
9. sexualita, reprodukční schopnost – představuje reprodukční období ženy a vnímání problémů v sexuálních vztazích, potíže v této oblasti
10. stres, zátěžové situace – vyjadřuje způsob zvládnutí stresu a jeho tolerance, životní změny v posledních dvou letech, podporu rodiny
11. víra, životní hodnoty – odkrývá individuální vnímání životních hodnot a přesvědčení, náboženského vyznání
12. jiné – zahrnuje ostatní informace o kterých dříve nebyla zmínka^{9,14}

2.2 Ošetřovatelský proces

Cílem ošetřovatelství jako vědecké disciplíny je systematické a specificky individuální uspokojování potřeb nemocného člověka, směřující k udržení nebo navrácení jeho zdraví nebo potřeby.^{10,11} Ošetřovatelský proces nám nabízí metodický rámec pro realizaci ošetřovatelských cílů. Musí být uplatněn jako celek. Je to průběh ošetřovatelské činnosti, způsob přístupu k ošetřovatelské péči, způsob práce s nemocným, který je uskutečňován v určitém logickém sledu.^{10,11}

Ošetřovatelský proces se uskutečňuje v 5 hlavních fázích:

1. ošetřovatelská anamnéza – zhodnocení nemocného, zjišťování informací

2. stanovení ošetrovatelských diagnóz
3. plánování činností vedoucích k uspokojení vytýčených potřeb – stanovení cílů ošetrovatelské péče spolu s pacientem
4. realizace ošetrovatelského plánu – provedení daných činností ošetrovatelské péče podle plánu
5. zhodnocení efektu poskytnuté péče, intervencí, zpětná vazba, provedení úprav^{10,11}

2.3 Ošetrovatelská anamnéza

Pacientka F.J., 78 let, byla přijata do domácí zdravotnické péče z Gerontologického rehabilitačního centra, kam byla přeložena z nemocnice po implantaci TEP dx (6/09) pro frakturu colli femoris ke kontrole zdravotního stavu, odběrům krve na Quick, rehabilitaci, zlepšení soběstačnosti a léčbě dekubitů.

Návštěvy byly realizovány prvních 14 dní každý den, dále pak dle praktického lékaře 3x týdně po dobu 45 minut.

1x týdně byl měřen TK, hodnoty uspokojivé (110-140/60-80)

Medikace: Detralex tbl. 2-0-0, Aktiferrin cps. 1-0-0, Citalopram 20 mg tbl 0-1-0, Buronil 25 mg tbl. 0-0-1-1, IVE 1-0-0, Heparoid krém na lýtka, Fastum gel dle potřeby, Moduretic tbl.sudé dny ½-0-0, Warfarin dle hodnot INR

Hodnocení stavu pacientky podle koncepčního modelu Marjory Gordonové

1. vnímání zdraví – udržování zdraví

Paní F.J. je v důchodu, žije se svým 85 letým přítelem, který jí velmi pomáhá a stará se o ni. Před úrazem se cítila podle jejích slov docela dobře, občas si stěžovala na bolesti v kolenech a zapomínání, nijak vážněji nestonala.

Z alkoholu spíše příležitostně pije červené víno (o narozeninách a svátcích asi 2 dcl), kouří asi 5 cigaret denně (dříve 20), léky naordinované lékařem jí připravuje její přítel a dohlíží na jejich správné užití.

Po pádu doma (6/09) si zlomila krček pravé stehenní kosti. V nemocnici jí byla implantována TEP a došlo ke zhoršení jejího celkového zdravotního i psychického stavu. Byla apatická, trpěla depresí, často nedokázala odpovědět na jednoduché otázky, nechtěla cvičit a začít chodit. Došlo k rozvoji dekubitů na obou patách a sakru, nechtěla jíst. Postupně se její stav začal zlepšovat, naučila se chodit v chodítku. V nemocnici zkoušela i francouzské hole, ale moc jí to nešlo, bála se, že upadne. Po příjezdu domů zakopla o koberec a znovu upadla. Podle jejího přítele jí nic nebolelo, k luxaci kyčle nedošlo. Roztrhla si kůži na levém bérce, což jí ošetřil přiložením krytí a stažením elastickým obinadlem.

Nikdy prý nebyla sportovně založená, ale zacvičí si ráda. Paní F.J. by se chtěla naučit chodit o berlích a být více samostatná.

TK – 140/80

2. Výživa a metabolismus

Klientka jí pravidelně 3x-4x denně, obědy jim dováží pečovatelská služba, nákupy obstarává přítel.

Chuť k jídlu má dobrou, dietu nikdy nedržela. Snaží se méně solit a omezovat tuky. Ráda si dopřeje sladké pečivo. Její BMI je v normě – 24,2 (BMI= hmotnost (kg): výška(m) x výška(m)², při výšce 148 cm a váze 53 kg). V nemocnici zhubla, nechutnalo jí jíst, nyní opět na své obvyklé váze. Ovoce a zeleninu se snaží jíst často, v poslední době preferuje pomeranče. Vypozorovala, že hroznové víno jí způsobuje průjmy, proto ho přestala konzumovat. Mléčné výrobky ani maso moc nejí, nechutnají jí, i když ví, že by měla přijímat víc bílkovin. Má kompletní zubní protézu (neví, jak dlouho), se kterou nemá problémy.

Vypije asi 1l tekutin, nejčastěji vodu se šťávou. Po obědě vypije 1 šálek kávy. Tekutiny nutno pobízet, chybí pocit žízně.

Dle hodnocení nutričního stavu – výsledek bodů: 19, se jedná o rizikového pacienta a je vhodné doporučit sipping.

Kůže je suchá, dehydratovaná, bez cyanózy, anicterická. Na PDK zhojená jizva po TEP, kterou klientka denně promazává a masíruje, mírné otoky lýtek DK.

Po pádu doma (v den příjezdu z Gerontologického centra) na levém bérce tržná rána velikosti asi 15 cm, částečně uzavřená, v okolí rány hematom a začervenání. Rána byla přítelem ovázána kompresivním obinadlem.

V sakrální oblasti je zhojený dekubit (10x5 cm) – přetrvává mírné začervenání, šupinatá kůže.

Na levé patě zelenožlutý fibrinový povlak s částí černé nekrózy, zapáchající, velikost 3x2 cm (z Gerontologického centra ošetřeno Nu-gelem).

Na pravé patě černá, nekrotická tkáň velikosti 2x1 cm, z části se odlučující (v Gerontologickém centru aplikován Nu-gel na odloučení nekrózy), v oblasti vnitřního kotníku prosáklý defekt s mírnou serózní sekrecí.

3. Vylučování

Paní F.J. do hospitalizace problémy s vylučováním neměla. V nemocnici měla zavedený permanentní močový katétr a následně se po odcévkování dostavily komplikace s udržením moči. Pro dysurie byla v Gerontologickém centru přeléčena Nitrofurantoinem a byla jí doporučena IVE (přírodní přípravek při nechtěném úniku moče). Někdy moč udrží, ale protože se ještě nepohybuje rychle, dělá jí to problémy hlavně v noci. Používá pomůcky pro inkontinenci – na den: Tena Lady Normal + Tena Fix large, na noc: Tena Slip Super Large, bolesti ani pálení při močení nemá.

Stolici mívá pravidelnou ob den, v nemocnici trpěla obstipací, naordinována laxativa. Doma používá na toaletě nástavec na WC, který mají nainstalovaný již delší dobu. Nadměrně se nepotí.

4. Aktivita – cvičení

Již před úrazem klientka příliš často nevycházela z bytu, protože bydlí ve čtvrtém patře bez výtahu (nyní se výtah buduje) a chůze po schodech ji vyčerpávala. Většinou se zabývala sledováním zpráv v televizi a občas přečetla nějaký časopis, noviny a někdy knihu – když nebyla moc obsáhlá. Se svým druhem si také často povídají. Dříve ráda plavala, jezdila na kole a s přítelem podnikali výlety do přírody.

Necítí se ještě dostatečně silná. V nemocnici a Gerontologickém centru pravidelně za pomoci rehabilitačních pracovníků cvičila a zkoušela chodit, v tom má v plánu pokračovat a těší se na to, že jí to půjde lépe, až se jí zahojí dekubity na patách, které jí trochu omezují v chůzi. Dodržuje doporučení nařízené lékařem, i když si nebyla úplně jistá, co přesně smí vzhledem k operaci dělat. Bolesti v operované končetině nemá. Při přetáčení na posteli využívá abdukční klín vložený mezi stehny, který jí zabraňuje přinožení. Většinu času tráví na gauči, který je vzhledem k předešlé operaci nízko postavený a klientce se z něho špatně vstává.

O udržování domácnosti se dělila s druhem, nyní většinu činností obstarává on včetně nákupů, přípravy jídla a úklidu. V oblasti sebeobsluhy vyžaduje jeho pomoc. Po bytě se zatím pohybuje v chodítku, někdy se jí motá hlava a zadýchává se, při chůzi je shrbená. Při zkoušce chůze s francouzskými holemi hole dává daleko od sebe a nedostatečně zdvihá nohy – sune je po zemi.

Hygiena – sama si u umyvadla na židli umyje obličej a hrudník, vyčistí si protézu, učeše se, zbytek jí dopomůže druh. V bytě nemají sprchový kout, do vany se zatím bojí.

Oblečení – sama si oblékne vrchní díl, zbytek zatím nezvládne. Pantofle si nazuje, boty ne.

Nají se bez potíží sama.

Test ADL dle Barthelové – 55 bodů, závěr: závislý 45-60

Test 108 – 505 – 22 bodů, závěr: středně těžká závislost 19 - 24

Get up and go test – 7 bodů (z 12 bodů)

5. Spánek – odpočinek

Klientka spí dobře, je zvyklá se večer dívat na zprávy, pak jí druh pomůže s večerní hygienou a okolo 21. hodiny zpravidla ulehá. Neužívá žádná hypnotika, spí celou noc. Probouzí se okolo 6. hodiny ranní a během dne si ještě několikrát zdřímne. Dohromady spí okolo 10 hodin. Cítí se více unavená než před operací.

6. Vnímání - poznávání

Paní F.J. je chvílemi dezorientovaná časem, místem i osobou, ačkoliv žije v bytě pouze se svým druhem, mluví o tom, že jich tam žije hodně. Podle druhu to je dlouhodobá záležitost. Občas zapomíná, obtížně si vybavuje svojí denní náplň.

Test MMSE 22 bodů, závěr: lehká kognitivní porucha. (MMSE – Mini Mental State Examination: vyšetření některých neuropsychologických funkcí poškozených syndromem demence – orientaci časoprostorovou, osobou, paměť, řeč a jazyk. Jednotlivé odpovědi na otázky nebo řešení daných příkladů se budoují. Maximální počet bodů – 30. Po opakování s odstupem 4 týdnů je možno určit střední a těžkou demenci. Hranicí oddělující lidi dementní od nedementních je počet bodů 23.)⁷

Jako bývalá vrchní sestra na chirurgii ráda vzpomíná na období své aktivní pracovní činnosti a ráda o tom vypráví. Vedle svého druhu se cítí bezpečně, může se na něj spolehnout.

Potíže se sluchem nemá, sluchadlo nenosí. Chut', čich i taktilní schopnosti jsou v pořádku.

Brýle používá občas na čtení novin nebo časopisů, k očnímu lékaři na kontroly nechodí, prý vidí docela dobře.

Někdy pociťuje bolesti v kolenou (bilaterální gonarthroza), což řeší namazáním Fastum gelem. Bolesti prý nejsou veliké. V operované končetině bolesti nepociťuje.

7. Sebekoncepce – sebeúcta

Paní F.J. sebe vnímá jako ráznou, dynamickou, přísnou, temperamentní, ale obětavou ženu, což potvrzuje i její druh. Většinu aktivního pracovního života zastávala vedoucí funkci – vrchní zdravotní sestry, což bylo jejím celoživotním posláním. Je ráda, že mohla tuto práci vykonávat a je hrdá na to, co všechno v té době zastala.

Nyní je již prý klidnější, ráda o sebe nechává pečovat svého druha. O svůj zevnějšek dbá, zve si do bytu kadeřnici i pedikérku.

Někdy se cítí smutná (dle propouštěcí zprávy depresivní syndrom na terapii), dle jejích slov ji prý nic nebaví. Vadí jí, že nezvládá všechno tak, jako dřív, ale věří, že se to zlepší.

8. Plnění rolí – mezilidské vztahy

Paní F.J. se provdala v 19 letech za profesora v nemocnici, kde celý život pracovala. Po 10 letech ovdověla a nyní žije již 40 let se svým 85 letým druhem, který se o ni stará. Děti nikdy neměla. Její přítel má syna z prvního manželství, vnuka a ročního pravnoučka. Mají spolu hezký vztah, syn žije poblíž jejich bydliště, pravidelně je i s rodinou navštěvuje a v případě potřeby i pomůže.

Občas je navštěvují bývalí spolupracovníci a přátelé. Vzhledem k tomu, že bydlí ve čtvrtém patře bez výtahu, nejsou návštěvy tak časté, jak by si klientka představovala, ale vždy ji to velmi potěší.

9. Reprodukce – sexualita

První menstruaci klientka měla ve 14 letech, menopauza přišla v 48 letech. V období klimaktéria trpěla častými návaly tepla, nervozitou, bolestmi hlavy a nespavostí. Brzy se ale začala cítit lépe. Porody ani potraty paní F.J. neprodělala. Potíže žádné neudává. Na preventivní gynekologická a mamologická vyšetření nedochází.

10. Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance

V poslední době byl stresovou situací jistě úraz, který si klientka způsobila a který byl příčinou i její operace. Nyní musí dodržovat určitá preventivní opatření, aby nedošlo k luxaci implantované endoprotézy. Bojí se, aby znovu neupadla, snaží se být opatrná. Přála by si být více soběstačná, aby se mohla více zapojit do chodu domácnosti. Má ale vedle sebe druhá, který jí velmi pomáhá a tak tuto zátěžovou situaci klientka zvládá docela dobře. Když je potřeba, rozeberou spolu danou situaci a tím se její napětí sníží.

11. Víra – životní hodnoty

Paní F.J. si zakládá na hezkých vztazích, které má se svým přítelem a jeho rodinou, do budoucna si dala za úkol zlepšit svoje schopnosti v oblasti sebeobsluhy a pohybu.

Věřící není, ale když se necítí dobře, obrací se k Bohu s prosbou o pomoc.

2.4 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny současně s anamnézou první den návštěvy, tzn. druhý den po propuštění z Gerontologického centra. Krátkodobý plán péče v domácí zdravotnické péči byl vytvořen na období 14 dnů.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Porucha integrity kůže z důvodu pádu
2. Dekubity na patách z důvodu snížené hybnosti v pooperačním období
3. Změny pohyblivosti v souvislosti s chirurgickým výkonem
4. Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny a oblékání z důvodu omezené pohyblivosti
5. Inkontinence moči v souvislosti s oslabeným pánevním dnem

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

1. Riziko pádu z důvodu nestability
2. Riziko krvácivých stavů v souvislosti s medikací (Warfarin)

Dlouhodobý plán

Do dlouhodobého plánu byly zařazeny činnosti, které nebylo možno realizovat v rámci plánu krátkodobého a jejichž realizace vyžadovala delší čas.

- léčba dekubitů (Po měsíci a půl, kdy byl aplikován Nu-gel a Actisorb plus došlo k vyčištění a granulaci tkáně. Léčba byla změněna na aplikaci Grassolindu - sterilní mastný tyl s neutrální mastí, spolu se sterilním krytím. Po dalších dvou měsících došlo na patách k zahojení dekubitu. Kůže byla nadále promazávána Indulonou.

Na pravou patu byl též aplikován Nu-gel a sterilní krytí s polštářky Vliwinu. Po odloučení nekrózy byl na tkáň aplikován Grassolind a kryto pěnovým obvazem na rány s krycí polyuretanovou vrstvou – PermaFoam. Po dvou měsících byla zahojená kůže promazávána Indulonou.)

- kontrola stavu kůže
- kontrola výživy a pitného režimu
- aktivizace kognitivních funkcí (četba, skládání puzzle, pexeso, skládačky, hry na zapamatování)
- cvičení kondiční a na podporu posílení pánevního dna (zlepšení udržení moči)
- chůze o FH nebo vycházkové holi v terénu i po schodech
- pravidelné kontroly u ortopeda
- kontroly krve na krvácivost, srážlivost

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

2.4.1 Porucha integrity kůže z důvodu pádu

Tržná rána velikosti asi 15 cm vzniklá po pádu doma v den příjezdu z Gerontologického centra byla primárně ošetřena druhem. Obvaz je prosáklý, rána je klidná, okraje částečně u sebe, v okolí mírné začervenání a hematoma.

Cíl: Tržná rána na bérce bude zhojena do 14 dnů bez známek infekce.

Plán péče:

- sledovat stav rány
- sterilní převaz 3x týdně
- sledovat okolí rány

Realizace:

- rána je vyčištěna roztokem Dermacynu
- okraje tržné rány, které nepřiléhají k sobě jsou staženy steri-stripy
- přiloženo neadhesivní krytí – Inadine
- sterilní převaz je prováděn ob den
- okolí je promazáváno mastí Calcium panthotenicum

Hodnocení:

Do týdne došlo k ústupu hematomu a začervenání v okolí rány. Při sprchování paní F.J. vynechávala převázanou oblast, neumyté části domyla žínkou s pomocí druhá. Aby se docílilo rychlejšího hojení, byla klientce doporučena elevace končetiny, kterou realizovala podložením končetiny objemnějším polštářem. Defekt byl převazován 3x týdně, obvaz držel na místě a rána nebyla vystavena kontaktu s okolím. Rána do 14 dnů srostla, kůže je hladká, růžová, bez známek zánětu.

2.4.2 Dekubity na patách z důvodu snížené hybnosti v pooperačním období

Na levé patě je dekubit o velikosti 3x2 cm se zelenožlutým povlakem a částí černé nekrotické tkáně, zapáchající, zasahující do blízkosti patní kosti.

Na pravé patě je černá nekróza velikosti 2x1 cm, z části se odlučující, hloubka asi 0,5 cm.

V oblasti vnitřního kotníku je prosáklý defekt s mírnou serózní sekrecí.

Na sakru je patrna oblast po nedávno zhojeném dekubitu velikosti 10x5 cm, přetrvává mírné začervenání s krustami suché kůže.

Cíl: Do 14 dnů dojde na obou patách k odloučení větší části nekrózy a eliminaci zápachu. Kůže na sakru bude neporušená, bez začervenání a suché kůže, další dekubity nevzniknou.

Plán péče:

- převaz dekubitů dle zvoleného materiálu 3x týdně
- ošetření prosáklého defektu v oblasti kotníku
- oblast sakra denně promazávat Menalind krémem
- polohování pacientky
- udržovat okolí rány v čistotě a suchu
- edukace pacientky a přítele o prevenci dekubitů
- zajistit pomůcky k redukci tlaku
- edukace pacientky o nezbytnosti výživy bohaté na proteiny a vitamín C, dostatečného příjmu tekutin

Realizace:

Převaz dekubitů byl prováděn 3x týdně. Defekty byly nejprve ošetřeny Dermacynem.

Na levé patě bylo pokračováno s aplikací Nu-gelu, aby došlo k vyčištění rány a odloučení zbylé nekrózy. Na to byl přiložen Actisorb plus, aby se eliminoval zápach z infikované rány, dále přiložen Vliwin (univerzální komprese s polypropylenovým povrchem se silně savým vatovým jádrem), aby silně secernující sekret byl dostatečně zachycen a zmenšil se tlak na patu při chůzi. Obvázáno fixačním obinadlem Peha-crepp.

Na pravou patu byl též aplikován Nu-gel a sterilní krytí s polštářky Vliwinu. Po odloučení nekrózy byl na tkáň aplikován Grassolind a kryto pěnovým obvazem na rány s krycí polyuretanovou vrstvou – PermaFoam.

Oblast pravého vnitřního kotníku byla ošetřena Dermacynem, dále byl aplikován Mepilex Border – samolepící měkké silikonové pěnové krytí, pod kterým se za 2 týdny vytvořila nová, zdravá kůže.

Oblast sakra jsme při každé návštěvě promazávaly Menalind krémem, kontrolovaly stav okolní tkáně.

Pacientka byla poučena o prevenci dekubitů, jak pečovat o svoji kůži.

Do lůžka jsme vložily pěnový válec, aby se při ležení na zádech paty nedotýkaly podložky, vysvětlily jsme si možnosti a způsoby polohování.

Pacientka byla edukována o důležitosti stravy bohaté na bílkoviny a vitamíny. Vzhledem k tomu, že nerada konzumuje maso a mléčné výrobky, byl jí doporučen přípravek Cubitan obsahující vysoký obsah bílkovin a vitamínů, hodící se na léčbu dekubitů zevnitř. Protože její pitný režim nebyl dostatečný, klientka si neuvědomuje pocit žízně, byla na stůl umístěna láhev s ochucenou vodou o objemu 2 litry, aby měla tekutiny ihned při ruce.

Hodnocení:

Do 14 dnů došlo z větší části k odloučení nekrózy. Sekrece z defektů se snižuje, zápach již není tak výrazný. Kůže na sakru je růžová, hydratovaná, dobře prokrvená. K doléčení dekubitů je třeba delšího času, s léčbou se bude pokračovat v rámci dlouhodobého plánu. Klientka i nadále dodržuje preventivní opatření, k vytvoření nových defektů nedošlo.

2.4.3 Změny pohyblivosti v souvislosti s chirurgickým výkonem

Cíl: Paní F.J. bude znát a užívat správnou techniku chůze o berlích po rovině i po schodech, zlepší se jí celková fyzická kondice. Klientka dokáže po rovině ujít 50 metrů.

Plán péče:

- 3x týdně s klientkou cvičit a naučit ji kondiční, izotonická a izometrická cvičení se zaměřením na posílení dolních končetin a zlepšení pohyblivosti kyčelního kloubu
- 2x týdně provést masáž zad
- edukace klientky o správné technice chůze s francouzskými holemi
- nácvik chůze o francouzských holích po rovině a po schodech

Realizace:

Před samotným posilováním jsme svaly nejdříve protáhly. Cviky na protahování jsme prováděly pomalu, do krajní polohy tak, aby cvičení nevyvolalo bolest, důležité bylo i správné dýchání.

Na posilování svalů jsme využívaly i gumové pásy (asi 10 cm široký gumový pás, jehož zkrácením můžeme zvyšovat napětí a odpor) a over-bally (zdravotní míč o průměru 28 cm s neklouzavým pružným povrchem, který je značně odolný proti zátěži).

Na závěr posilování jsme opět svaly protáhly.

2x týdně jsme prováděly masáž zad a končetin na zlepšení prokrvení a uvolnění daných částí těla za pomoci masážního oleje.

S klientkou jsme znovu probraly dovolené pohyby operované končetiny, možnosti při přetáčení na lůžku (pomocí abdukčního klínu), zkontrolovaly jsme správnou výšku francouzských berlí (měří se od středu dlaně v lokti lehce pokrčené horní končetiny, kdy se předloktí lehce dotýká objímky berle). Klientka

používá vhodnou obuv na chůzi – pevné boty přes patu se suchým zipem. Vysvětlily jsme si, že při chůzi po rovině a ze schodů nejprve předsune obě hole do vzdálenosti krátkého kroku, nejprve vykročí operovaná končetina, po ní druhá. Při chůzi do schodů nejprve vykročí neoperovaná končetina, kterou následuje končetina operovaná a nakonec přisuneme berle.

Ze začátku se paní F.J. byla při chůzi velmi nejistá, často jsme vkládaly do chůze přestávky. Cítila nedostatek síly a vytrvalosti. Když začala být jistější a bez větších problémů ušla okolo 50 metrů, zkoušely jsme nácvik chůze po schodech, kde však zprvu klientka pociťovala strach z toho, že se jí zamotá hlava a spadne.

Hodnocení:

Paní F.J. po 14 dnech zvládla za dopomoci sestry a FH chůzi po rovině v délce 50 metrů. Po počáteční nejistotě se spolu se zlepšující kondicí navracel i pocit jistoty a klientka se cítila lépe.

Chůzi po schodech klientka nacvičovala, opakovaně jí byl vysvětlen postup při chůzi do schodů i ze schodů, často však pociťovala strach. Nácvik chůze po schodech i v terénu bude tedy součástí dlouhodobého plánu.

2.4.4 Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny a oblékání z důvodu omezené pohyblivosti

Cíl: Klientka provede osobní hygienu samostatně dle svých možností, bude mít pocit čistoty a spokojenosti, bude schopna se samostatně obléknout a svléknout, obout si boty, dojít samostatně na toaletu.

Plán péče:

- zajistit klientce při zvládání osobní hygieny bezpečí
- připravit všechny potřebné hygienické potřeby

- nácvik oblékání a svlékání (noční košile, spodní prádlo, ponožky, tričko a kalhoty)
- používat vhodnou obuv a pomůcky k obouvání
- kondiční cvičení a cvičení na posilování svalstva a zlepšení hybnosti (viz oš.dg.3)

Realizace:

K zajištění bezpečí její druh nainstaloval v koupelně a na toaletě madla, na vanu bylo dodáno sedátko na vanu. Klientka kontroluje, zda podlaha v koupelně není mokrá a kluzká, aby si nezpůsobila úraz. Do vany pod nohy je vložena protiskluzová podložka, pacientka sedí na sedátku a k mytí využívá sprchu.

V koupelně má klientka po ruce všechny hygienické potřeby, nacvičujeme samostatné a bezpečné umytí.

Oblékání a svlékání paní F.J .zvládala ke svému stavu poměrně dobře včetně spodního prádla a kalhot, s ponožkami jí pomáhal přítel. V případě, že nebyl doma, používala navlékač ponožek. Obvazy na patách jí nedělaly velké problémy, navlékač byl dostatečně široký a případné nedostatečné obléknutí vyřešil po příchodu přítel.

Klientka nosí pevnou obuv na suchý zip, na obutí využívá vysokého obouváku.

Hodnocení:

Klientka zvládne se sama obléknout a svléknout, nazout a sundat si obuv s využitím dostupných pomůcek, dojít samostatně na toaletu. Hygienu provede dle očekávání, cítí se spokojeně.

2.4.5 Inkontinence moči v souvislosti s oslabeným pánevním dnem

Cíl: Klientka ovládá postupy, které ovlivňují svaly pánevního dna, postupně omezuje inkontinenci moči. Dodržuje hygienický a léčebný režim

Plán péče:

- dodržovat časový rozvrh močení
- dodržovat zvýšenou hygienickou péči, vhodný výběr pomůcek pro inkontinenci
- upravit příjem tekutin během dne
- 3x týdně provádět cviky na posílení pánevního dna
- kontrolovat užívání léků

Realizace:

Klientka byla vybízena, aby každé dvě hodiny navštěvovala toaletu, i když zrovna necítila potřebu. Časový rozvrh dodržovala a postupně mohla protáhnout časový rozvrh na 3 - 4 hodiny.

Paní F.J. používá pomůcky pro inkontinenci na den – Tena Lady Normal + Tena fix large a na noc – Tena Slip Super Large. Na dodržování hygieny využívá léčebnou kosmetiku k ochraně a ošetření kůže – Menalind .

Klientka měla problém při dodržování pitného režimu, necítila potřebu napít se, byla společně s přítelem edukována o nutnosti příjmu tekutin během dne. Aby vypila denně 2 litry tekutin, byla do jejího dosahu postavena dvou litrová láhev, klientka byla poučena, že má pít během celého dne po menších dávkách a večer tekutiny omezovat (omezit i příjem dráždivých a ostrých jídel), byl doporučen příjem ovocných šťáv, které brání rozvoji močové bakteriální

infekce¹⁷. Klientka dokázala za den dvoulitrovou láhev vypít, protože její dosah umožňoval častý příjem tekutin.

Paní F.J. realizovala cviky podporující posílení pánevního dna, včetně přerušovaného močení. Cviky klientka opakovala vždy 10x se stažením na 8 sekund a byla vyzvána, aby cviky opakovala alespoň 3x denně a při cvičení pamatovala na správné dýchání. Klientka dodržovala frekvenci cvičení, cviky se naučila správně. Při cvičení se zdviženou pánví jí trochu dělalo problém zadýchávání, ale i to časem zvládla.

Při předchozí hospitalizaci byla klientce kvůli otokům DK naordinována diuretika a doporučen přírodní prostředek při nechtěném úniku moče – IVE. Paní F.J. užívala předepsané léky dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Paní F.J. pravidelně procvičuje svaly pánevního dna, dodržuje léčebný režim. Přes den ještě využívá pomůcky pro inkontinenci, ale většinou zvládne včas dojít na WC, na noc též využívá dostupné pomůcky, inkontinence již není tak častá. Kožní integrita je neporušená.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

2.4.6 Riziko pádu z důvodu nestability

Cíl: Klientka si uvědomuje faktory zvyšující možnost úrazu a rozpozná možné nebezpečí. Ví, jak lze předcházet specifickým rizikům.¹⁴

Plán péče:

- edukace klientky o možných rizikových faktorech
- odstranění překážek, neupevněných malých kobereců

- zajistit přítomnost protiskluzových podložek ve vaně
- nošení správné obuvi

Realizace:

Klientka i její přítel byli poučeni o možných rizicích a následcích pádu.

Její druh souhlasil s odmontováním vysokých prahů, které klientce činily obtíže, byly též odstraněny i malé neupevněné koberečky, které byly též příčinou nedávného pádu klientky.

Paní F.J.ví, že nemá chodit na mokrém a kluzkém povrchu a prudce se neotáčet. K chůzi využívá berle, jejichž stav je v pořádku. Při změně polohy postupuje pomalu. Ve vaně jsou umístěny protiskluzové podložky, pro lepší stabilitu klientka využívá sedátko do vany při sprchování, v koupelně a na toaletě využívá madel.

Dbá na nošení vhodné a bezpečné obuvi.

Hodnocení:

Paní F.J. zná rizika a faktory zapříčiňující pád a ví, jak jim předcházet. Chodí s rozvahou a bezpečně.

2.4.7 Riziko krvácivých stavů v souvislosti s medikací

Cíl: Klientka zná rizika při podávání Warfarinu, léčba probíhá bez komplikací.

Plán péče:

- edukace klientky
- kontrola podávání léků

- pravidelné odběry dle ordinace lékaře
- kontrola celkového stavu a krvácivých projevů

Realizace:

Paní F.J. byla již poučena při pobytu v nemocnici a jako bývalá zdravotní sestra znala možná rizika a projevy krvácení při léčbě Warfarinem (hematomy, krev ve stolici a moči, krvácení z nosu a sliznic..). Klientka byla edukována o léčivých přípravcích, které ovlivňují léčbu Warfarinem (Gingo biloba, česnek, papája, Andělka lékařská, šalvěj – mohou účinek přípravku zvýšit, třezalka tečkovaná a ženšen naopak účinek snížit). Dále jsme probraly potraviny, které obsahují vitamín K a jejichž příjem by měl být co nejvíce vyrovnaný, např.: brokolice, růžičková kapusta, řepkový olej, zelí, pažitka, slupky okurek, petržel, hrášek, špenát, řeřicha, sója.⁸

Klientce jsme pravidelně odebíraly krev na Quick (INR), ze začátku 1x týdně, dále dle ordinace praktického lékaře (1x za 14 dní), který sám s klientkou telefonicky konzultoval množství podávaného léku. Paní F.J. ve spolupráci s přítelem, který dohlížel na pravidelnost daných léků, brala léky dle ordinace lékaře. Hodnoty INR se pohybovaly v rozmezí 1,5-2,5 při dávkování Warfarinu od 5 mg do 1,5 mg.

Během léčby nebyly zaznamenány žádné neočekávané hematomy, ani jiné nežádoucí účinky.

Hodnocení:

Léčba Warfarinem, která trvala necelé 4 měsíce, probíhala bez komplikací

2.5 Hodnocení psychického stavu nemocné

Před úrazem se paní F.J. prý cítila dobře. Žije již 40 let s přítelem, se kterým si rozumí a vzájemně si dokážou vyjít vstříc. Oba jsou již v důchodu a tráví spolu veškerý volný čas, který jim občas zpříjemňují i návštěvy z okruhu přátel a rodina.

Starší člověk se obvykle není schopen rychle a účelně přizpůsobit aktuálním změnám ve svém životě a adaptovat se na změnu svého zdravotního stavu, proto hrozí komplikace jako zhoršení fyzického nebo psychického stavu.⁷ Po úrazu a následné hospitalizaci došlo v jejím psychickém stavu ke zvratu. Cítila depresi, apatii, nezájem o cokoli, často plakala. Byla nesoběstačná, chůze ji dělala velké problémy. Lékaři jí byla naordinována antidepresiva.

Postupem času je její stav vylepšoval. V Gerontologickém rehabilitačním centru se naučila chodit v chodítku a mohla se sestrou chodit na krátké procházky po místní zahradě, což jí též vylepšovalo náladu.

Po tom, co se vrátila zpět do domácího prostředí měla trochu obavy z toho, jak bude celou situaci zvládat.

Během našich návštěv docházelo u paní F.J. ke střídání nálad, hlavně ze začátku byla nervózní z toho, že ji to ještě nejde tak, jak by si představovala. Došlo i k realizaci dostavby výtahu, takže se klientka nyní snáz dostane ven a nemusí být izolovaná v bytě ve 4. patře.

S lepšími výsledky v pohyblivosti a celkovém vylepšení zdravotního stavu včetně minimalizování pomoci v sebeobsluze a vyléčením dekubitů, došlo i ke zlepšení psychického stavu. Klientka se cítí jistější, samostatnější, nereaguje podrážděně nebo nervózně a celkově došlo k vylepšení nálady.

2.6 Edukace

Edukace po TEN kyčelního kloubu

S paní F. J. a jejím přítelem jsme průběžně probírali, jak se chovat při běžných každodenních činnostech, aby její kloub nebyl vystaven nepřiměřené zátěži, která by vystavovala riziku komplikací a preventivní opatření, která by zabránila zhoršení nebo možnému vzniku nových dekubitů.

1. Ležet a spát na rovném a pevném lůžku s výškou matrace kolem 12 cm. Při poloze na boku nejlépe ležet na neoperované straně s polštářem nebo lépe pevnou dekou vloženou mezi kolena a bércei.
2. Sedět na dostatečně vysoké a stabilní židli, úhel mezi trupem a stehnem by neměl být větší než 90 stupňů. Při sedu se nenaklánět k jedné straně, nedávat nohu přes nohu a chodidla dávat dál od sebe – zamezí se tím vytáčení kyčelního kloubu zevně.
3. Cvičit pravidelně několikrát denně na pevné podložce nejlépe u otevřeného okna.
 - cviky opakovat 5-10x
 - chodidlo nikdy nevytáčet zevně
 - končetiny nikdy nekřížit
 - nepřekračovat úhel v kyčli nad 90 stupňů, neprovádět hluboké dřepy
 - při pocitu únavy nebo větší bolesti cvičení zkrátit
 - vyvarovat se skoků a prudkých pohybů

Vleže na zádech

- propínání a přitahování špiček spolu i střídavě
- kroužení kotníky na obě strany
- přitáhnout špičky, stáhnout stehna a hýždě, propnout kolena – střídát výdrž s uvolněním
- pokrčít obě dolní končetiny, mezi kolena vložit polštář nebo overball, střídavě stlačovat a uvolňovat

- pokrčit obě dolní končetiny, stáhnout kolena cvičební gumou nebo páskem, tlačit kolena od sebe, vydržet a uvolnit
- pokrčit obě dolní končetiny a zvedat pánev
- přitahovat k břichu střídavě pravou a levou pokrčenou dolní končetinu, koleno nevytáčet směrem k rameni, ale držet ho rovně
- unožovat střídavě pravou a levou dolní končetinu tak, aby se koleno nevytáčelo a špička směřovala rovně vzhůru

Vleže na břicho

- střídavě stahovat a uvolňovat hýždě
- střídavě zanožovat levou a pravou dolní končetinu, třísla zůstanou přitisknuty k podložce, končetina se nesmí vytáčet ven ani dovnitř
- postavit se na špičky, propnout kolena, vzepřít se, hýždě nezvedat

Vsedě

- přitahovat a propínat střídavě špičky
- střídavě kroužit kotníky
- propnout koleno, přitáhnout špičku, střídat výdrž a uvolnění

4. Chůze

- na chůzi používat vhodnou obuv: pevné boty přes patu bez šněrování nejlépe na suchý zip
- k obouvání pro usnadnění využít dlouhou nazouvací lžici
- dávat pozor na nerovný a kluzký terén, prahy a nezajištěné koberce – hrozí zde riziko pádu
- výška holí a berlí musí být přizpůsobena klientčině výšce: vysoké berle se při stožení musí lehce dotýkat podpažních jamek, délka francouzských

holí se měří od středu dlaně k lokti lehce pokrčené horní končetiny, předloktí se lehce dotýká objímky berle

- v pooperačním období používat podpažní hole s plným odlehčením- nezatěžovat operovanou končetinu a používat tzv. tříbodovou chůzi: - po rovině: 1. obě hole, 2. operovaná končetina, 3. zdravá končetina
 - ze schodů: 1. obě berle (přidržit se zábradlí), 2. operovaná končetina, 3. zdravá končetina
 - do schodů: 1. zdravá končetina, 2. operovaná končetina, 3. obě hole (přidržit se zábradlí)
 - po 6 týdnech od operace dle schválení zátěže se postupně zvyšuje zátěž, podpažní hole jsou nahrazeny francouzskými, při nekomplikovaném průběhu je možno chodit bez berlí a operovanou končetinu plně zatěžovat, ale nepřetěžovat
5. udržovat svoji hmotnost – nadváha vede ke vzniku komplikací a rychlejšímu opotřebení endoprotézy
 6. omezit dobu stání, různé domácí práce delšího trvání vykonávat vsedě (žehlení, vaření), neseďte déle než půl hodiny
 7. používat k nákupům pojízdné tašky
 8. na toaletě využívat nástavce na WC a madla
 9. ve vaně mít protiskluzovou podložku a sedátko
 10. při nastupování nebo vystupování z auta používat polštář nebo zvýšené sedadlo
 11. k prevenci TEN využívat zdravotní punčochy nebo klasická elastická obinadla po dobu 6 týdnů od operace – po 6 týdnech dle ordinace lékaře již klientka bandáže používat nemusela
 12. neopomenout kontroly u ortopeda
 13. pravidelně užívat naordinované léky

14. konzultovat s praktickou lékařkou správou dávku užívaného Warfarinu, edukace o možných komplikacích v souvislosti s léčbou Warfarinem
15. dodržovat prevenci dekubitů:
- snížení tlaku na tkáň – využití molitanových pomůcek odlehčujících tlak na kožní povrch
 - polohování – časté změny poloh nejméně po 2 hodinách, pravidelný pohyb
 - udržování čistého a suchého lůžka
 - v případě nutnosti převazu dekubitů za naší nepřítomnosti byl druh paní F.J. edukován o důležitosti aseptického přístupu a byl mu názorně ukázán postup převazu
 - důkladná hygiena – používat pouze jemná, nevysušující mýdla, řádně osušit kůži, kůži po provedení hygieny ošetřovat krémy nebo ochrannými oleji
 - ochraňovat rizikovou oblast kůže před agresivním prostředím (močí) za pomoci vložek pro inkontinenci a bariérových krémů
 - jíst stravu bohatou na bílkoviny a vitamíny, udržovat hydrataci dostatečným příjmem tekutin

2.7 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala případovou studií ošetrovatelské péče pacientky po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu z pohledu domácí zdravotnické péče, která umožňuje pacientům zajistit kvalifikovanou zdravotní péči přímo v jejich vlastním sociálním prostředí.

Při hospitalizaci v nemocnici po operaci kyčelního kloubu došlo u pacientky ke zhoršení zdravotního stavu provázeným komplikacemi v podobě dekubitů a odmítáním spolupráce. Pacientka byla převezena do Gerontologického

rehabilitačního centra, kde došlo k mírnému zlepšení a následně byla přijata do naší domácí zdravotnické péče. Postupně došlo k vylepšování stavu, rozvoji soběstačnosti, dekubity se postupně vyhojily, klientka se vrátila k běžným denním činnostem. Velikou pomocí a podporou jí byl její druh, který se o ni pečlivě staral.

Implantace totální endoprotézy kyčelního kloubu je náročným výkonem představujícím veliký zásah do lidského organismu. Klientka se naučila zachovávat určitá pravidla, aby její kyčelní kloub měl dlouhou životnost. Získáním důvěry u klientky bylo možno dosáhnout i jejího pozitivního emočního naladění a přimět ji ke spolupráci. Z hlediska prognózy se tedy při dodržování léčebného režimu její stav vyvíjí dobře.

Bakalářská práce je strukturována do dvou částí. Klinická část se zabývá charakteristikou zlomenin proximálního femuru a jejich léčbou, rozdělením totálních endoprotéz kyčelního kloubu a jejich charakteristikou, pooperačními komplikacemi a terapií.

Ošetrovatelská část zahrnuje popis modelu podle Marjory Gordonové, charakteristiku ošetrovatelského procesu, ošetrovatelskou anamnézu, z níž vycházejí krátkodobé a dlouhodobé ošetrovatelské diagnózy. Práci uzavírá edukace nemocné. K práci je připojen seznam použité literatury a přílohy.

Seznam použité literatury:

1. BARTONÍČEK, J., HEŘT, J. *Základy klinické anatomie pohybového aparátu*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 256s. ISBN 80-7345-017-8
2. DOSKOČIL, M. *Systematická, topografická a klinická anatomie-II.Pohybový aparát končetin*. Dotisk. Praha: Karolinum, 1999, 179s. ISBN 80-7184-108-0,ISBN 80-7184-110-2
3. DUNGL, P. *Ortopedie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 1280s.ISBN 80-247-0550-8
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství10: Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 2004.72s. ISBN 80-7013-363-5
5. HONZA, P. HÁLA, T.,PILNÝ, J. *Zlomeniny proximálního femuru a jejich řešení*. Medicína pro praxi [on-line] .2008,5(10),393-397 (cit. 2009-12-01). Dostupné z: www.medicinapropraxi.cz
6. KOUDELA, K. Aloplastika kyčelního kloubu. S.87-104.In: Koudela, K. a kolektiv. *Ortopedie*. Praha, Karolinum, 2003. 281s. ISBN 80-246-0654-2
7. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, J. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999.156s. ISBN 80-7169-716-8
8. Lékárna.cz. Warfarin Orion [on-line].(cit. 2010-01-08). Dostupné z: <http://www.lekarna.cz/warfarin-orion-5mg-tbl-100x5mg/>
9. PAVLÍKOVÁ, S. Modely interpersonálních vztahů. Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví. S.99-102. In: Pavlíková,S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006.150s. ISBN 80-247-1211-3
10. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 1: Koncepce českého ošetřovatelství, Základní terminologie*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 2000.50s. ISBN 80-7013-263-9

11. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: IDVPZ, 200249s. ISBN 80-7013-282-5
12. ŠTĚDRÝ, V. *Totální endoprotéza kyčelního kloubu*. [on-line] (cit.2009-12-29). Dostupné z: www.cls.cz/dokumenty2/os/t206.rtf
13. ŠVIHOVEC, J. et.al. *Pharmindex Breviř*. 12.vyd. Praha: MediMedia Information, 2002.1021s. ISBN 80-86336-04-2
14. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 2003. 185s. ISBN 80-7013-324-4
15. TRNAVSKÝ, K. *Osteoartróza*. 1.vyd. Praha: Galén, 2002.81s. ISBN 80-7262-158-0
16. VOKURKA, M. a spolupracovníci. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007.217s. ISBN 978-80-246-0896-9
17. ŽAJDLÍKOVÁ, J. Inkontinence - každodenní problém v domácí péči. *Sestra*, 2008, 18.roč., č.1, s.46-47

SEZNAM ZKRATEK:

a.	–	artérie
ADL	–	activities of Daily Living
APTT	–	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AS	–	akce srdeční
ATB	–	antibiotika
BMI	–	body mass index
CKP	–	cervikokapitální endoprotéza
cm	–	centimetr
cps.	–	kapsle
CRP	–	C-reaktivní protein
CT	–	počítačová tomografie
DHS	–	dynamic sliding screw – skluzný kompresivní šroub
DK	–	dolní končetina
dx	–	pravý
FF	–	fyziologické funkce
FH	–	francouzské hole
fr.	–	fraktura
FW	–	sedimentace
ICHS	–	ischemická choroba srdeční
ICHDK	–	ischemická choroba dolních končetin
IMC	–	infekce močových cest
IMAO	–	inhibitory monoaminoxidázy
INR	–	international normalization ratio, vyjádření hodnoty Quickova testu
kg	–	kilogram
LDK	–	levá dolní končetina
LHK	–	levá horní končetina
mg	–	miligram
min.	–	minuta
MR	–	magnetická rezonance
P	–	puls

PFN	–	proximal femur nail
PDK	–	pravá dolní končetina
RTG	–	rentgen
ŠŽ	–	štítná žláza
tbl.	–	tablety
t.č.	–	toho času
TEN	–	trombembolická nemoc
TEP	–	totální endoprotéza
TK	–	krevní tlak
st.	–	stav

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha 1.: Ošetřovatelská anamnéza

Příloha 2.: Plán ošetřovatelské péče

Příloha 3.: Hodnocení nutričního stavu

Příloha 4.: Test základních všedních činností (ADL dle Barthela)

Příloha 5.: Test 108-505

Příloha 6.: Get up and go test

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Datum přijetí: 8/09

Datum propuštění:

Jméno: F.J.

Příjmení:

Bydliště:

Telefon:

Rodné číslo: 78 let

Obvodní lékař, telefon:

Pojišťovna: 111

Kontaktní adresa nejbližší osoby, vztah, telefon:

Lékařská diagnóza: st. p. implantaci TEP dx. (po frakturě colli femoris dx.) (6/09)

Alergie ano ne jaká:

Kouření: 5/den Alkohol: příležitostně (2 del)

Stav: svobodný/á rozvedený/á ženatý/vdaná vdovec/vdova

Přijetí: z domova ze zdravotnického zařízení (jakého): gerontologické centrum

Bydlení s kým: druh patro: 4. výtah ano ne

Bývalé zaměstnání: administrativní Nynější záliby: čtení, TV

Klíče od domu: ano ne od bytu: ano ne

FYZICKÝ STAV VÁHA 53kg VÝŠKA 148cm TK 110/80...

DÝCHÁNÍ

Potíže	<input checked="" type="checkbox"/> ne	ano		
Dušnost	noční	klidová	námahová	cyanóza
Kašel	suchý	dráždivý	s expektorací	noční

ZRAK	dobry	brýle	slepota
		- blízko <i>občas</i>	- částečná
		- dálka	- úplná

SLUCH	dobry	naslouchadlo	baterie
		- v pravém uchu	- mění rodina
		- v levém uchu	- mění sestra

POHYBLIVOST	chodí	leží
	- samostatně	- pohybuje se na lůžku
	- s oporou druhé osoby	- sám se posadí
	- EH	- nepohybuje se
	- hůl	
	- chodítko	

SPÁNEK	dobry bez hypnotik	hypnotika:
	pomocné prostředky:	budí se v: 6 hodin

KONTINENCE MOČ

- kontinentní
- inkontinentní *částečně úplně*
- epicystostomie

STOLICE

- kontinentní *pravidelná X ne*
- inkontinentní *částečně úplně*
- používání laxativ *ano ne*

Pomůcky: *den - Tena Lady Normal + Tena Free Large, moč: Tena Slip Super Large*

SEBEOBSLUHA			
HYGIENA	sám se umyje	částečně se umyje	nezvládá
ZUBY	svoje	zubní protéza vyndává <i>ano</i> ne	čistí: <i>ano</i> ne
JÍDLO	nají se sám	krmit	

VÝŽIVA, HYDRATACE

DIETA	ano <i>ne</i>	jaká <i>griakucha</i>	PAD: <i>Ø</i>	Inzulín: <i>Ø</i>
PŘÍJEM TEKUTIN	kolik: <i>1,2 l/den</i>			
ZNĚNY NA KŮŽI	Otoky	ne	<i>ano, kde: DK</i>	
	Léze	ne	<i>ano, kde: L kůže břicha</i>	
	Nezhojená operační rána	<i>ne</i>	ano, kde:	
	Dekubity	ne	<i>ano: stupeň</i>	Lokalizace
	<i>Subium - stromy 10x10cm, račkovos, špinavá kůže L pata - 3x2cm 'achvilový' porok, část čer. nekras P pata - čer. nekras 2x1cm v čer. v odličování</i>			

BOLEST *ne* ano, lokalizace:
Léky proti bolesti: *Fastem gél p.p. na kolenu*

CHRONICKÁ MEDIKACE: *Dobalix tbl. 2-0-0, Clostifenin eps. 1-0-0, Citalopram 20mg 0-1-0,
Bumexil 25mg tbl. 0-1-1, IVE 1-0-0, Meprobid kv'm (lyže) 1-0-0,
Moxidonec tbl. 1tbl. 1-0-0, Warfarin dle INR*

Warfarin/zace: *dle INR*
Odběry *ne* *ano: INR*

PSYCHICKÝ STAV

Paměť	dobrá	zapomíná MMSE: <i>22 bodů</i>	nepamatuje si
Řeč	dobrá	afázie	
Emoce	v pořádku	deprezivní	jiné:

Jiné:

Datum: *8/09*

Zpracovala sestra: *[Signature]*

	CÍL	PLÁN	REALIZACE	HODNOCENÍ
PORUCHA INTEGRITY KŮŽE Z DŮVODU PÁDU	Tržná rána na bérce bude zhojena do 14 dnů bez známek infekce	<ul style="list-style-type: none"> - sledovat stav rány - sterilní převaz 3x týdně - sledovat okolí rány 	Rána vyčištěna roztokem Dermacynu. Nepřiléhající okraje rány staženy steri-stripy. Přiloženo neadhezivní krytí-Inadine, převaz prováděn ob den. Okolí promazáno Calcium panthotenicum.	Do týdne došlo k ústupu hematomu a začervenání v okolí rány. Doporučena elevace končetiny. Defekt převazován 3x týdně, obvaz držel na místě, rána nevystavena kontaktu s okolím. Rána srostla do 14 dnů, kůže je hladká, růžová, bez známek zánětu.
DEKUBITY NA PATÁCH Z DŮVODU SNÍŽENÉ HYBNOSTI V POOPERACNÍM OBDOBÍ	Do 14 dnů dojde na obou patách k odloučení větší části nekrózy a eliminaci zápachu. Kůže na sakru bude neporušená, bez začervenání a suché kůže, nevzniknou další dekubity	<ul style="list-style-type: none"> - převaz dekubitů 3x týdně - ošetření prosáklého defektu v oblasti kotníku - oblast sakra denně promazávat Menalind krémem - polohování pacientky - udržování okolí rány v čistotě a suchu - edukace pacientky a přítele o prevenci dekubitů - zajistit pomůcky k redukci tlaku - edukace pacientky o nezbytnosti výživy bohaté na proteiny a vit. C 	Převaz dekubitů prováděn 3x týdně. Defekty nejprve ošetřeny Dermacynem. Na levé patě pokračováno s aplikací Nu-gelu, aby došlo k vyčištění rány a odloučení zbylé nekrózy. Na to přiložen Actisorb plus na eliminaci zápachu, dále Vliwin, fixováno obinadlem Peha-crepp. Na pravou patu aplikován Nu-gel a sterilní krytí s polštářky Vliwinu. Po odloučení nekrózy aplikován Grassolind, kryto PermaFoam. Oblast pravého kotníku vnitřního kotníku ošetřena Dermacynem, dále aplikován Mepilex Border, zdravá tkáň se vytvořila za 2 týdny. Oblast sakra při každé návštěvě promazána Menalind krémem, kontrola stavu okolní tkáně. Pacientka poučena o prevenci dekubitů a péči o kůži. Vložení pěnového válce do lůžka-prevence dekubitů, edukace o důležitosti stravy bohaté na proteiny a vitamíny.	Do 14 dnů došlo k odloučení větší části nekrózy, snížení sekrece z defektů a zápachu. Kůže na sakru je růžová, hydratovaná, dobře prokrvená. Pokračovat v dlouhodobém plánu.
ZMĚNY POHYBLIVOSTI V SOUVISLOSTI S CHIRURGICKÝM VÝKONEM	Znáť a užívat správnou techniku chůze o berlích po rovině i po schodech. Zlepší se celková fyzická kondice, paní F.J. dokáže po rovině ujít 50 m.	<ul style="list-style-type: none"> - 3x týdně s klientkou cvičit a naučit jí kondiční, izotonická a izometrická cvičení se zaměřením na posílení DK a zlepšení pohyblivosti kyčelního kloubu - 2x týdně masáž zad - edukace klientky o správné technice chůze s francouzskými holemi - nácvik chůze o FH po rovině a po schodech 	Protahování a posilování svalů. Pomůcky: overball, gumové pásy. 2x týdně provedena povrchová masáž zad a končetin na zlepšení prokrvení a uvolnění daných částí. Edukace o dovozených pohybech, možnostech přetáčení na lůžku, kontrola výšky FH, vhodné obuvi, postupu při chůzi do schodů a ze schodů. Ze začátku chůze velmi nejistá, časté vkládání přestávek. Cítila nedostatek síly a vytrvalosti, po získání jistoty dokázala ujít bez větších problémů 50 m. Při chůzi po schodech přetrvává strach z pádu.	Paní F.J. zvládla po 14 dnech za doprovodu sestry o FH po rovině chůzi o délce 50 m, po počáteční nejistotě se spolu se zlepšujícími podmínkami navracel i pocit jistoty a klientka se cítila lépe. Chůzi po schodech klientka nacvičovala, opakovaně vysvětlen postup při chůzi do schodů i ze schodů, často pocíťován strach. Nácvik chůze po schodech i v terénu součástí dlouhodobého plánu.

	CÍL	PLÁN	REALIZACE	HODNOCENÍ
PORUCHA SOBĚSTAČNOST I V OBLASTI HYGIENY A OBLÉKÁNÍ Z DŮVODU OMEZENÉ POHYBLIVOSTI	Klientka provede osobní hygienu samostatně dle svých možností, bude mít pocit čistoty a spokojenosti, bude schopna se samostatně obléknout a svléknout, obout si boty, dojít samostatně na toaletu.	<ul style="list-style-type: none"> - zajistit klientce při zvládání osobní hygieny bezpečí - připravit potřebné hygienické potřeby - nácvik oblékání a svlékání (noční košile, spodní prádlo, ponožky, tričko, kalhoty) - používat vhodnou obuv a pomůcky k obouvání - kondiční cvičení a cvičení na posilování svalstva a zlepšení hybnosti 	K zajištění bezpečí nainstaloval její druh v koupelně a na toaletě madla, na vanu dodáno sedátko na vanu. Klientka kontroluje, zda není podlaha mokrá a kluzká, do vany vložena protiskluzová podložka, při mytí klientka sedí ve vaně na sedátku a používá sprchu. V koupelně má klientka po ruce všechny hygienické potřeby, nacvičujeme samostatně a bezpečně mytí. Oblékání a svlékání paní F.J. zvládla poměrně dobře včetně spodního prádla a kalhot, s ponožkami pomáhal přítel, v případě jeho nepřítomnosti použít navlékač ponožek. Klientka nosí pevnou obuv na suchý zip, na obutí využívá vysokého obouváku.	Klientka se zvládne sama obléknout a svléknout, nazout a sundat si obuv s využitím dostupných pomůcek, dojít samostatně na toaletu. Hygienu provede dle očekávání, cítí se spokojeně.
INKONTINENCE MOČI V SOUVISLOSTI S OSLABENÝM PÁNEVNÍM DNEM	Klientka ovládá postupy ovlivňující svaly pánevního dna, postupně omezuje inkontinenci moči. Dodržuje hygienický a léčebný režim.	<ul style="list-style-type: none"> - dodržovat časový rozvrh močení - dodržovat zvýšenou hygienickou péči - upravit příjem tekutin během dne - 3x týdně provádět cviky na posílení pánevního dna - kontrolovat užívání léků 	Klientka byla vybízena, aby navštěvovala každé 2 hodiny toaletu, časový rozvrh dodržovala, postupně protáhla časový rozvrh na 3-4 hodiny. Používány pomůcky pro inkontinenci: den-Tena Lady Normal+Tena fix large, na noc-Tena slip super large. Ochrana kůže pomocí Menalind přípravků. Klientka měla problém při dodržování pitného režimu, necítila potřebu napít se, byla společně s přítelem edukována o nutnosti příjmu tekutin během dne. Aby vypila denně 2 l tekutin, byla do jejího dosahu postavena 2 l láhev, klientka poučena, že má pít během celého dne po menších dávkách a večer tekutiny omezovat, doporučen příjem ovocných šťáv bránící rozvoji močové infekce. Za den dokázala vypít 2 l tekutin. Realizování cvičení podporující posílení pánevního dna včetně přerušovaného močení. Cvičení prováděno 10x8 sekund, vyzvána na opakování cviků nejméně 3x denně, dbát na správné dýchání. Klientka dodržovala frekvenci cvičení, cviky se naučila správně, trochu dělalo problém zadýchávání při cvičení se zdviženou pánví. Předepsané léky (Moduretic, IVE) pacientka užívá dle ordinace lékaře.	Paní F.J. pravidelně procvičuje svaly pánevního dna, dodržuje léčebný režim. Přes den ještě využívá pomůcky pro inkontinenci, ale většinou zvládne včas dojít na toaletu, na noc též využívá dostupné pomůcky, inkontinence již není tak častá. Kožní integrita je neporušená.

	CÍL	PLÁN	REALIZACE	HODNOCENÍ
RIZIKO PÁDU Z DŮVODU NESTABILITY	Klientka si uvědomuje faktory zvyšující možnost úrazu a rozpozná možné nebezpečí. Ví, jak lze předcházet specifickým rizikům	<ul style="list-style-type: none"> - edukace klientky o možných rizikových faktorech - odstranění překážek, neupevněných malých koberečů - zajistit přítomnost protiskluzových podložek ve vaně - nošení správné obuvi 	Klientka i její přítel byli poučeni o možných rizicích a následcích pádu. Její druh souhlasil s odmontováním vysokých prahů, které klientce činily obtíže, odstranění neupevněných koberečků. Paní F.J. ví, že nemá chodit na mokřém a klzkém povrchu a prudce se neotáčet. K chůzi využívá FH, jejichž stav je v pořádku, při změně polohy postupuje pomalu, ve vaně umístěny protiskluzové podložky, pro lepší stabilitu klientka využívá sedátko do vany při sprchování, v koupelně a na toaletě využívá madel. Dbá na nošení vhodné a bezpečné obuvi.	Paní F.J. zná rizika a faktory zapříčínující pád a ví, jak jim předcházet. Chodí s rozvahou a bezpečně.
RIZIKO KRVÁČIVÝCH STAVŮ V SOUVISLOSTI S MEDIKACÍ	Klientka zná rizika při podávání Warfarinu, léčba probíhá bez komplikací.	<ul style="list-style-type: none"> - edukace klientky - kontrola podávání léků - pravidelné odběry dle ordinace lékaře - kontrola celkového stavu a krvácivých projevů 	Paní F.J. byla již poučena při pobytu v nemocnici a jako bývalá zdravotní sestra znala možná rizika a projevy krvácení při léčbě Warfarinem. Klientka byla edukována o léčebných přípravcích ovlivňující léčbu Warfarinem (Gingo biloba, česnek, papája, Andělka lékařská, šalvěj- zvyšují účinek přípravku, Třezalka tečkovaná, Ženšen – účinek snižují). Dále jsme probraly potraviny obsahující vit. K (brokolice, kapusta, řepkový olej, zelí, pažitka, slupky okurek, petržel, hrášek, špenát, řepicha, sója). Během léčby nezaznamenány žádné neočekávané hematomy, ani jiné nežádoucí účinky.	Léčba Warfarinem trvající necelé 4 měsíce probíhala bez komplikací.

Hodnocení nutričního stavu

Jméno pacienta F.J. Datum 8/09 Test provedl R.A.

Nejdříve proveďte skrinink, dále postupujte dle jeho výsledku.

Skrinink:

A. Jíte méně v posledních 3 měsících? (například pro menší chuť k jídlu, zažívací potíže, potíže s kousáním či polykáním?)

- 0 - ano, výrazně méně
- 1 - ano, trochu méně
- 2 - ne, jím pořád stejně

B. Zhubnul jste v posledních měsících? O kolik kilogramů?

- 0 - více než o 3 kg
- 1 - nevím
- 2 - úbytek mezi 1 - 3 kg
- 3 - žádný úbytek na váze

C. Stav hybnosti

- 0 - upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík
- 1 - schopen vstát, ale většinu dne tráví na lůžku či vozíku
- 2 - samostatně se pohybuje

D. Prodělal jste v posledních 3 měsících nějaké akutní onemocnění nebo výrazný stres?

- 0 - ano
- 1 - ne

E. Neuropsychologický stav pacienta

0 - deprese nebo těžká demence (1) - mírná a střední demence (pacient je schopen komunikovat, může být dezorientoovaný, ale není agresivní či neklidný, v noci převážně spí)

3 - bez těchto problémů

F. BMI - Body Mass Index (váha v kilogramech/ výška na druhou) - viz tabulka

- 0 - BMI méně než 19
- 1 - BMI 19 až méně než 21
- 2 - BMI 21 až méně než 23

3) BMI 23 či vyšší

Výsledek skrininku (maximální počet bodů 14)

12 bodů či více
- PACIENT NENÍ OHROŽEN MALNUTRICÍ (není třeba pokračovat ve vyšetření)

11 bodů či méně
- RIZIKO MALNUTRICE - POKRAČUJTE

10

Doplňující vyšetření

G Žije samostatně v domácím prostředí (není nikde dlouhodobě umístěn či hospitalizován)

- 0 - ne
- 1 - ano

H Užívá více než tři druhy léků denně (dlouhodobá medikace)

- 0 - ano
- 1 - ne

I Dekubity či jiné výrazné kožní defekty

- 0 - ano
- 1 - ne

J Kolik plnohodnotných jídel sní pacient za den?

- 0 - jedno
- 1 - dvě
- 2 - tři

K Zhodnoťte následující indikátory příjmu proteinu

- alespoň jedenkrát denně mléčný pokrm (mléko, sýr, jogurt) ano (ne)

- alespoň dvakrát v týdnu vejce nebo luštěniny ano (ne)

- maso, ryba nebo drůbež každý den ano (ne)

- 0 - do jedné pozitivní odpovědi
- 0,5 - při dvou pozitivních odpovědích
- 1 - při třech pozitivních odpovědích

L. Ji pacient alespoň dvě porce čerstvé zeleniny nebo ovoce za týden?

0 - ne

1 - ano

M. Kolik tekutin pacient vypije? (voda, džus, káva, čaj, mléko...)

0 - méně než tři šálky

0,5 - tři až pět šálků

1 - více než 5 šálků

N. Jak pacient jí:

0 - musí být krmen, sám se nenají

1 - jí sám, ale s potížemi

1 - bez problémů sám

O. Jak sám posuzuje svůj nutriční stav

0 - domnívá se, že je podvyživený

1 - neví

2 - domnívá se, že podvyživený není a potíže s výživou nemá

P. Jak posuzuje pacient svůj zdravotní stav, když jej srovnává s většinou lidí svého věku?

0 - horší než většina vrstevníků

0,5 - neví

1 - asi tak stejný jako většina vrstevníků

2 - lepší

Q. Sřídni obvod paže v centimetrech

0 - méně než 21 cm

0,5 - 21 - 22 cm

1 - 22 cm a více

R. obvod lýtky

0 - méně než 31

1 - 31 a více

Součet výsledků (max. 16 bodů) **9**

Shrnutí celého testu:

Výsledky skříninku **10**

Výsledky doplňujícího vyšetření **9**

Celkové skóre **19** (max. 30 bodů)

HODNOCENÍ

24 a více bodů - není riziko malnutrice

17 - 23,5 bodů - z pohledu nutričního stavu se jedná o rizikového pacienta (je vhodné, aby sestra dohlédla na příjem a doporučila eventuálně sipping)

méně než 17 bodů - podvýživa - vhodná konzultace s lékařem

Test základních všedních činností (ADL dle Barthela)

Jméno pacienta F.J. Datum 8/09 Test provedl peš

Tento test zpracujte vždy na základě údajů objektivizovaných ošetřujícím (ať již profesionálním či laickým). Zejména údaje pacienta postiženého demencí jsou velmi nespolehlivé a zavádějící - a test by potom o ničem nevyprávěl.

Které z činností pacient provede, skórujte dle níže uvedeného návodu:

- | | |
|-----------------------|----|
| 1. Najedení, napití | 10 |
| 2. Oblékání | 5 |
| 3. Osobní hygiena | 5 |
| 4. Koupání | 5 |
| 5. Použití toalety | 5 |
| 6. Chůze po schodech | 0 |
| 7. Kontinence moči | 5 |
| 8. Kontinence stolice | 10 |
| 9. Přesun lůžko-židle | 5 |
| 10. Chůze po rovině | 5 |

556

Způsob skórování:

Položky 1 - 6:

- sám - 10 bodů
- s pomocí - 5 bodů
- neprovede - 0 bodů

Položky 7 - 8:

- kontinentní - 10 bodů
- občas neudrží - 5 bodů
- převážně inkontinentní - 0 bodů

9. Přesun lůžko-židle:

- sám - 15 bodů
- s malou pomocí - 10 bodů
- s dopomocí, vydrží sedět - 5 bodů
- neprovede - 0 bodů

10. Chůze po rovině

- sám více než 50 metrů - 15 bodů
- s lehkou pomocí či s holemi - 10 bodů
- s výraznou pomocí či chodítkem - 5 bodů
- neprovede - 0 bodů

Hodnocení:

0 - 40 bodů - vysoce závislý v běžných denních aktivitách

45 - 60 bodů - závislý

60 - 105 bodů - závislost lehčího stupně

110 bodů - soběstačný v základních všedních činnostech

Test základní všedních činností dle Barthela (Activities of Daily Living)

108 - 505	1. nerozpoz- ná potřeba	2. neprovede úkon obvyklým způsobem	3. nezkontro- luje správnost úkonu	Hodnocení jednotli- vých úkonů
Péče o vlastní osobu (převedené ADL)				
a) příprava stravy, (rozišení, výběr, vybalení, otevření)				
b) podávání, porcování stravy				
c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu	X			
d) mytí těla		X		
e) koupání nebo sprchování		X		
f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení		X		
g) výkon fyziologické potřeby vč hygieny		X		
h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh		X		
i) sezení, schopnost vydržet vsedě				
j) stání, schopnost vydržet stát		X		
k) přemisťování předmětů denní potřeby		X		
l) chůze po rovině		X		
m) chůze po schodech nahoru a dolů		X		
n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení				
o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání		X		
p) orientace v přirozeném prostředí				
q) schopnost provést si jednoduché ošetření				
r) dodržování léčebného režimu				
Soběstačnost (převedené IADL)				
a) komunikace slovní, písemná, neverbální				
b) orientace osobou, časem i v cizím prostředí		X		
c) nakládání s penězi či jinými cennostmi				
d) obstarávání osobních záležitostí		X		
e) uspořádání času, plánování života				
f) zapojení do adekvátních sociálních aktivit		X		
g) nakupování		X		
h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla		X		
i) mytí nádobí		X		
j) běžný úklid v domácnosti		X		
k) péče o prádlo		X		
l) přepírání drobného prádla		X		
m) péče o lůžko		X		
n) obsluha běžných domácích spotřebičů				
o) manipulace s kohouty a vypínači				
p) otevírání a zavírání zámků, oken a dveří		X		
q) udržování pořádku, nakládání s odpady				
r) další jednoduché úkony spojené s chodem domácnosti				
CELKEM: 22 bodů				0

I. Lehká závislost: 13 - 18

II. Středně těžká závislost: 19 - 24

III. Těžká závislost: 25 - 30

IV. Úplná závislost: 31 a více bodů

Způsob hodnocení: nezvládnutou část úkonu v příslušném poli vyznačíme "x"

Všechna prázdná pole v řádku úkonu: hodnotíme "0"

1 - 3 zatřesená políčka v řádku úkonu: hodnotíme "1"

Důležité: hodnota "celkem" v jednotlivých řádcích nabývá hodnoty 0 nebo 1, nikdy více

GET UP AND GO TEST - Vstaňte, jděte, otočte se

Jméno pacienta..... F.V. Datum .. 8/09 .. Test provedl [signature]

Jedná se o jednoduchý a v praxi snadno proveditelný test, pomocí kterého ale můžeme velmi dobře získat informace o hybnosti a stabilitě pacienta.

Pacienta posadíme na přiměřeně vysokou židli (výška židle je taková, aby při flexi cca 90 stupňů v kolenech spočívala jeho chodidla pohodlně na podložce. Požádáme jej, aby vstal, ušel cca 5 metrů k vyznačenému místu, otočil se, vrátil se a znovu se posadil na židli

	3 body	2 body	1 bod	0 bodů
Vstane	bez pomoci	s pomocí rukou	s dopomocí druhé osoby	nesvede
Chůze	stabilní	s pomůckou nebo vrávorává	pouze s dopomocí, výrazná nestabilita	nesvede
Otočení	jisté	nejisté, zavravorání	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	nesvede
Usednutí	bez pomoci	s pomocí rukou či opření se	s dopomocí	nesvede

CELKEM 4 /max 12 bodů