

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ**

**ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**OŠETŘOVÁNÍ PACIENTŮ SE ZLOMENINOU  
JAMKY KYČELNÍHO KLOUBU**

Bakalářská práce

Autor práce: **Beáta Talpasová**

Vedoucí práce: **MUDr. Tomáš Malkus, Bc. Daniela Šauerová**

2007

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE  
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE**

**DEPARTMENT OF NURSING**

**NURSING THE PATIENS WITH ACETABULAR  
FRACTURE**

Bachelor's thesis

**Autor: Beáta Talpasová**

**Supervisor: MUDr. Tomáš Malkus, Bc. Daniela Šauerová**

2007

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Praze 20.04. 2007

.....

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucím práce MUDr. Tomášovi Malkusovi a Bc. Daniele Šauerové za cenné rady a připomínky při vedení bakalářské práce. Dík patří všem, kteří mi vyšli vstříc při vyplňování dotazníku.

# OBSAH

Úvod.....	8
<b>1. Anatomie jamky kyčelního kloubu - acetabula.....</b>	<b>9</b>
<b>2. Zlomeniny jamky kyčelního kloubu.....</b>	<b>10</b>
2.1 Patogeneze.....	10
2.2 Klasifikace zlomenin.....	11
2.3 Klinický obraz .....	11
2.4 Zobrazovací metody.....	11
2.5 Léčba zlomenin.....	11
2.5.1 Konzervativní léčba.....	11
2.5.2 Operační léčba.....	12
2.6 Komplikace a prognóza zlomenin jamky kyčelního kloubu.....	12
<b>3. Extenze.....</b>	<b>13</b>
3.1 Užití.....	13
3.2 Účel.....	13
3.3 Zásady přiložení extenze.....	13
3.4 Druhy extenze.....	13
3.4.1 Kirschnerová extenze.....	14
3.4.2 Náplast'ová extenze.....	15
<b>4. Hygienická péče.....</b>	<b>18</b>
4.1 Hygiena a manipulace s pacientem.....	18
4.2 Koupel pacienta při příjmu.....	19
4.3 Osobní hygiena na lůžku.....	20
4.4 Celková koupel.....	20
<b>5. Prevence komplikací z dlouhodobého pobytu na lůžku.....</b>	<b>21</b>
5.1 Prevence hluboké žilní trombózy.....	21
5.2 Omezení rizika vzniku dekubitů.....	22
5.2.1 Klasifikace dekubitů.....	22

5.2.2 Hodnocení rizika.....	22
<b>6. Člověk v nemoci.....</b>	<b>25</b>
<b>7. Předoperační a pooperační péče.....</b>	<b>27</b>
7.1 Předoperační příprava.....	27
7.1.1 Příprava kůže.....	27
7.1.2 Identifikace správné části těla.....	28
7.1.3 Předoperační podání antikoagulancií a antibiotik.....	28
7.1.4 Premedikace.....	28
7.1.5 Lačnění.....	29
7.1.6 Převoz na operační sál.....	29
7.2 Pooperační péče.....	30
7.2.1 Převzetí nemocného od sestry z pooperačního pokoje.....	30
7.3 Rehabilitace.....	32
<b>8. Ošetrovatelský proces.....</b>	<b>33</b>
<b>9. Zkoumaný soubor a použité metody.....</b>	<b>34</b>
9.1 Cíl výzkumu.....	34
9.2 Metoda výzkumu.....	34
9.3 Struktura dotazníku.....	34
9.4 Výzkumný soubor.....	35
9.5 návratnost dotazníku.....	35
9.6 Demografická data.....	36
9.6.1 Věk.....	36
9.6.2 Pohlaví.....	36
9.6.3 Vzdělání.....	37
9.6.4 Praxe ve zdravotnictví.....	37
9.6.5 Pracovní zařazení.....	37
<b>10. Vlastní zpracování a vyplnění dotazníků.....</b>	<b>38</b>
<b>11. Diskuze.....</b>	<b>69</b>

<b>12. Závěr.....</b>	<b>72</b>
<b>13. Anotace.....</b>	<b>74</b>
<b>14. Literatura a prameny.....</b>	<b>75</b>
<b>15. Seznamy.....</b>	<b>78</b>
15.1 Seznam zkratk.....	78
15.4 Seznam příloh.....	78
<b>16. Přílohy.....</b>	<b>79</b>

## Úvod a cíl práce

V druhé polovině minulého století došlo k značnému rozvoji dopravy, automobilismu i průmyslu. Tato skutečnost měla a má za následek i podstatné zvýšení počtu úrazů v oblasti pánve, a to i v oblasti jamky kyčelního kloubu. Poranění pánve jsou provázána vysokým počtem komplikací, které mohou bezprostředně ohrožovat život. Dochází totiž k poranění blízkých struktur, jako jsou vývodné cesty močové, orgány dutiny břišní, poranění nervového systému a velkých cév.

Zlomeniny pánve se mohou léčit konzervativně závěsy a tahy nebo v dnešní době častěji operačně.

Traumatologie pánve patří mezi nejtěžší a nejobtížněji řešitelné úrazy, proto by péče měla být koncentrována do traumacenter a operace by měli provádět zkušení operatéri - traumatologové.

Sestra má velký úkol v pečlivém ošetřování zraněných, v boji proti dekubitům, v polohování, zabezpečení dokonalé diety, zajišťuje základní rehabilitační prvky jako je nabádání k dechovým, kondičním a tonizačním cvičením. Nebezpečí tu číhá také v podobě tromboembolické nemoci.

Sestra musí být empatická a úsměv z její tváře nesmí vymizet.

Častá dlouhodobá hospitalizace , která může trvat i 4-6 týdnů se projeví v psychice pacienta, proto je vhodná konzultace s klinickým psychologem. Psychice pacienta také pomůže koupel manželkou či přítelkyni.

V této práci chci popsat ošetrovatelskou péči pacientů se zlomeninou jamky kyčelního kloubu - acetabula - na traumatologickém oddělení Ortopedické kliniky IPVZ a I.LF UK ve FN Na Bulovce, mnou navrženou a na této klinice už pět let užívanou inovaci Zahradníčkova závěsu a ortézové (náplast'ové) extenze, která se užívá k léčbě zlomenin jamky kyčelního kloubu, poukázat na náročnost ošetrovatelské péče u těchto pacientů a porovnat péči o tyto pacienty v jiných zařízeních. V práci jsou shrnuté moje poznatky a zkušenosti z praxe na tomto oddělení.



## 1. Anatomie jamky kyčelního kloubu - acetabula

Pletenec dolní končetiny tvoří jediná kost, která splynula ze tří jednotlivých kostí, kosti kyčelní, sedací a stydké. Ty tvoří post pánevní - os coxae.

### **Os coxae - kost pánevní**

Os coxae, kost pánevní, je kloubně připojena ke kosti křížové a v předu je ve sponě stydké spojena s druhostrannou pánevní kostí. Vzniká tak uzavřený cirkulární tvar, pelvis, pánev.

Os coxae se vývojově skládá ze tří synchrondrosou spojených kostí; jsou to:

os ilium, kost kyčelní,

os ischii, kost sedací,

os pubis, kost stydká.

Kost kyčelní tvoří větší horní část pánevní kosti a je postavena tak, že kyčelní kosti obou stran se ze zadu dopředu rozbíhají a přitom se rozvírají kraniálním směrem.

Kost sedací a kost stydká tvoří dolní část pánevní kosti; dolní části obou stran se ze zadu dopředu sbíhají. Na rozhraní horní a dolní části pánevní kosti je na zevní straně kloubní jamka kyčelního kloubu. Všechny tři kosti se v období růstu spojují chrupavkou ve formě písmene Y v jamce kyčelního kloubu (cartilago ypsiloformis).

Acetabulum, jamka kyčelního kloubu, je nápadný okrouhlý útvar o průměru kolem 5 cm, na zevní straně pánevní kosti. Účastní se na něm všechny tři složky pánevní kosti.

Limbus (margo) acetabuli je mírně prominující okraj jamky, přerušovaný kaudálně, v místě incisura acetabuli (Čihák, 2003). Incisura acetabuli (acetabularis). Zářez acetabula proti foramen obturatum; v zářezu je přerušena facies lunata a vybíhá tam fossa acetabuli (Feneis, 1996).

Facies lunata je vlastní styčná kloubní plocha na obvodu jamky; kaudálně je neuzavřená; název má podle tvaru;

incisura Fossa acetabuli - vyhloubený střed jamky - je spojen s incisura acetabuli a obsahuje vazivo s tukovým polštářem.

Foramen obturatum je nápadný otvor kaudálně od acetabula, obkroužený průběhem os ischii a os pubis; je v něm rozepjata membrana obturatoria;

sulcu obturatorius - zářez ve vnitřním obvodu foramen obturatum nahoře v předu - vede z pánve stejnojmenný nerv a tepnu (Čihák, 2003).

## 2. Zlomeniny acetabula

### 2.1 Patogeneze

Kyčelní kloub je jedním z nejvíce namáhaných kloubů. Již menší poškození kloubní plochy a nepatrná inkongruence mají za následek rozvoj časně artrózy. K poranění dochází téměř vždy nepřímým mechanismem. Zlomeniny acetabula jsou nitrokloubní zlomeniny vznikající působením násilí o vysoké energii přeneseným na acetabulum přes hlavici stehenní kosti.

Typ poranění závisí na velikosti násilí, jeho směru, postavení hlavice v acetabulu v momentě úrazu a kvalitě kosti. Poranění bývá často spojeno s luxací hlavice stehenní kosti nebo s posunem hlavice mezi úlomky acetabula. Nervová léze není výjimečná (nervus ischiadicus, nervus femoralis, nervus pudendus), cévní léze je vzácnější (arteria glutea superior). Jako u všech poranění vznikajících působením úrazového násilí o vysoké energii se může jednat o sdružené poranění - vícečetné poranění skeletu, či polytrauma.

Acetabulum můžeme vertikálně vedenou linií rozdělit na přední iliopubický a zadní ilioischiadický pilíř.

### 2.2 Klasifikace

Zlomeniny acetabula jsou klasifikovány obvykle podle Judeta a Letournela. Je tomu přizpůsobena i AO klasifikace. Posuzují se tři pilíře: zadní, horní a přední.

**Typ A** - částečně intraartikulární - postižen jen jeden pilíř

A1 - zlomeniny zadní hrany acetabula (stabilní - nestabilní)

A2 - zlomenina zadního pilíře

A3 - zlomenina předního pilíře

**Typ B** - částečně intraartikulární - příčně orientovaná zlomenina - strop souvisí s os ilium

B1 - transverzální lom

B2 - T - lom

B3 - přední/zadní pilíř horizontálně orientován

**Typ C** - kompletně intraartikulární - oba pilíře oddělené od os ilium

C1 - vertikální lom os ilium se separací obou pilířů

C2 - separace spíše horizontální

C3 - smíšená forma s postižením SI skloubení

### **2.3 Klinický obraz**

Klinický obraz je dán typem zlomeniny. Společným znakem je bolestivost při vyšetření kyčelního kloubu, omezení hybnosti, rotační postavení v kyčelním kloubu, zkrat končetiny a rozsáhlý hematom. Vždy je nutné vyšetřit, zda nedošlo k poškození nervus ischiadicus.

### **2.4 Zobrazovací metody**

Základním rtg vyšetřením je předozadní projekce kyčelního kloubu, doplněna dvěma šikmými projekcemi sklopenými v bočné rovině o 45 stupňů. CT vyšetření je dnes již standardním vyšetřením, které ukáže dokonalé postavení úlomků a průběh lomné linie.

V některých případech je vhodné CT - 2D nebo 3D rekonstrukce.

### **2.5 Léčba zlomenin acetabula**

Zlomeniny v oblasti acetabula jsou svízelným léčebným problémem, pokud jde o poranění závažnějšího rázu. (obr. 1, 2, 3) Průměrná doba léčení se pohybuje okolo 3-6 měsíců.

#### **2.5.1 Konzervativní léčba**

Konzervativní léčení je indikováno pouze u jednoduchých nedislokovaných nebo málo dislokovaných zlomenin, které neohrožují stabilitu kyčelního kloubu. Léčení spočívá v klidu na lůžku a skeletální nebo náplast'ové trakci na dobu 3-4 týdnů.

U dislokovaných zlomenin je konzervativní postup pouze východisko z nouze, jestliže je operace z místních, nebo celkových důvodů kontraindikována.

U centrálních luxací se vedle tahu v ose femuru používá i boční tah v ose krčku. Aplikace bočního tahu pomocí zevně naloženého popruhu je jen minimálně účinná. Takže používáme laterální skeletální tah, který je účinný.

Kyčel musí být nejprve v celkové anestezii jednorázově reponována. Repoze a retence úlomků je často málo vyhovující.

### **2.5.2 Operační léčba**

Chirurgickému léčení je dnes dávána přednost. Při primárním ošetření provedeme repozici v celkové anestezii se zajištěním trakcí. Definitivní operační řešení je vhodné provést 5. až 10. den. Výhody operační léčby spočívají v možnosti dokonalé repozice úlomků, obnovení kongruence kloubní plochy a stability kloubu. Osteosyntéza umožňuje časnou mobilizaci pacienta na lůžku a brzkou chůzi s odlehčením poraněné končetiny.

Podle stupně obtížnosti výkonu rozlišujeme :

- stabilizaci zadní hrany acetabula
- stabilizaci zadního pilíře
- stabilizaci předního pilíře
- stabilizace obou pilířů

Operace poraněné kyčle vyžadují erudici a zkušenost. Mají se provádět na specializovaných pracovištích. Pro stabilizaci kyčle je potřebná dlahová technika a šrouby. Po operaci má pacient většinou skeletální extenzi na 2 až 3 týdny, po zrušení této trakce se přibližně na týden může dát na noc ortézová extenze a přes den je zahájena rehabilitace s fyzioterapeutkou. Některé extrakce po stabilizacích jsou technicky náročné, takže indikaci je nutno dobře uvážit a někdy lze od ní i ustoupit. Pro jednoduché fixace zadní hrany acetabula jsou z těchto důvodů výhodnější šrouby vstřebatelné.

### **2.6 Komplikace a prognóza zlomenin acetabula**

Zlomeniny jednoduché typu A mají většinou dobré trvalé výsledky (typy A3 nemají vždy dobré výsledky léčby). Nejisté vyhlídky mají zlomeniny typu C. Zvláště pak ty typy, kdy hlavice pronikne přes dno kloubní jamky a které mohou být sdruženy s poraněním cév a nervů, převážně nervus ischiadicus. Vzhledem k velké energii úrazového děje můžeme tedy vždy očekávat i vznik šokového stavu. Komplikace ruptury močového měchýře nejsou výjimkou, velký hematoma v kyčelní jámě může vést k neuralgiím nervus obturatorius.

Poranění velmi často zanechává trvalé následky (omezení hybnosti v kyčelním kloubu). Tíže poranění souvisí s možnými komplikacemi (nedokonalá repozice, heterotopické osifikace, chondrolýza hlavice stehenní kosti, avaskulární nekrosa hlavice, poúrazová artroza, pakloub, infekce, nervová léze, u žen distocie - obtíže při porodu). Poměrně často je indikováno pozdější endoprotetické řešení.

### 3. Extenze

Extenze se hojně užívá v traumatologii i chirurgii končetin konzervativní i operativní. Extenzí se dosahuje především působení sil v podélné ose těl a někdy se k tomu připojují i tahy do stran. Většina extenzí se provádí na lůžku nemocného, méně často je extenze přiložena tak, že s ní pacient může chodit.

#### 3.1 Užití extenze

Konzervativní léčba některých dislokovaných zlomenin, u nichž hrozí posun fragmentů, luxace, a to jak předoperačně, tak i v průběhu operace i pooperačně. Odlehčení kloubu, povolení svalových kontraktur.

#### 3.2 Účel extenze

Dlouhodobý způsob udržení kostních fragmentů v reпозиčním postavení prostřednictvím tahu. Léčebným výsledkem je vyrovnání zkrácené končetiny, odlehčení bolestivému kloubu, a jiné.

#### 3.3 Zásady přiložení, ošetřování extenze a nemocného

Uložení nemocného na lůžko přístupné ze všech tří stran. Ještě před uložením vybavíme lůžko nemocného pomocnými zařízeními lůžka (zvyšující pohodlí, usnadňující pohyb, prevence dekubitů). Dáme nemocného na dosah signalizačního zařízení, eventuálně pomůcky k vyprazdňování. Řádně upravíme lůžko, žádné záhyby. U zlomenin acetabula používáme skeletální - kirschnerovou a náplast'ovou extenzi z důvodů odlehčení tlaku na hlavici stehenní kosti a plochu acetabula.

#### 3.4 Druhy extenzí:

- extenze působící vlastní hmotností - Glissonova klička
- extenze působící tahem závaží - nekrvavé metody : Botičková extenze  
Náplast'ová extenze
- krvavé metody : Crutschfieldova extenze  
Kirschnerova extenze  
Steinmanova extenze

- extenze pomocí elastických materiálů - Delbetovy kruhy, osmičkový ob vaz, extenční tzv. „čínské prsty“ při repozici Collesovy zlomeniny.

Extenční zařízení je soustava kladek a kovových tyčí, které se připevňují na lůžka všech běžně užívaných typů. Existují také speciální lůžka se zabudovaným extenčním zařízením a zpevněnou ložní plochou. Doplňujícím vybavením jsou různá vypodložení ke zvýšení dolní části lůžka, Braunova dlaha, hrazdička, pomůcky k prevenci dekubitů a zvyšující pohodlí nemocného.

Lékař ordinuje typ extenze, osu tahu, postavení kloubů a sílu tahu. Přiložení extenze musí být účinné - tudíž povinností sestry je kontrola tahu!

### **3.4.1 Kirschnerová extenze**

(Kirschner Martin, německý chirurg, zavedl tah za drát a podkovu u zlomenin dlouhých kostí) (Müller,1993) - speciální ocelový drát je silný jen 2-3 mm, na jednom konci je vybroušen do hrotu. Drát se vede kostí napříč ose tahu a tah se vykonává za vyčnívající konce drátu, kde se přiloží speciální podkova, ve které se drát silně napne ve svorkách. Drát je velmi tenký, ale při tom snese veliká zatížení, je možno použít až 30 kg závaží a neprořezává se kostí. Extenzi Kirschnerovým drátem zavádíme v lokální anestezii, při repozici kyčelního kloubu v celkové anestezii za femur suprakondylárně (zavádí lékař) a dolní končetinu uložíme do lehké abdukce.

Extenční zařízení (na našem pracovišti nazývané oktagonály), kladka, tkaloun, závaží, háček, Zahradníčkův závěs, opěrná podložka, obinadla, náplast.

Na lůžko připevníme extenční zařízení s kladkou. Na toto zařízení pověsíme Zahradníčkův závěs (závěs může být z prostěradla, nebo speciálně vyhotovený závěs, který používá jenom klinika ve FN Na Bulovce. Tento závěs jsem nechala vyhotovit protetickou firmou na základě svých poznatků a zkušeností, zlepšila se tím manipulace s dolní končetinou) (obr. 4, 5). Závěs je z příjemného, měkkého materiálu, který se dá práť, je opatřen přezkami, kterými můžeme regulovat výšku pověšení závěsu i s dolní končetinou.

Pacienta, který má již z úrazové ambulance zavedenou skeletální trakci Kirschnerovým drátem s podkovou, uložíme na připravené lůžko. Dolní končetiny vyvážeme bandáží

(konec obinadla uchytime náplastí), jako prevenci tromboembolické nemoci. Nemocnou končetinu opatrně vložíme do závěsu. Závěs je umístěn od kolene až pod patu (závěs je v místě kolene a paty už vypoďložen, do závěsu z prostěradla je nutné dát molitan, prevence otlačení - dekubitů), dolní končetina je v mírné flexi a abdukci, několik (dle lékaře) centimetrů nad lůžkem. Na podkovu upevníme tkaloun, který převlečeme přes kladku a na jeho konec dáme háček se závaží, hmotnost závaží určí lékař. Někdy se může podkova opírat o holeň, toto místo vypoďložíme molitanem, nebo vatou. Tkaloun je ve směru tahu extenze, musí být rovnoběžný s osou stehenní kosti. Aby měl pacient končetinu v tahu, musí se zdravou končetinou zapírat, proto za zdravou končetinu dáme opornou podložku (obr.6). U velké hmotnosti závaží se zvedají nohy postele na špalíky (Trendelerburgova poloha), aby trup pacienta působil jako protitah použitému závaží (obr.7). Je to nepohodlná poloha, ale plní účel. Hlídáme správnost tahu, srovnáváme končetinu, aby nebyla v příliš zevní rotaci, kdy hrozí otlačení kůže podkovou. Také ošetříme (čtverečkem a náplastí) podkovu v místě, kde vyčnívá drát (obr 8, 9, 10), mohl by poranit pacienta. Vpichy drátu musí být sterilně ošetřeny, denně čistíme a dezinfikujeme, kontrola zda nejsou v okolí známky infekce (bez bolesti, zarudnutí, bez sekrece kolem drátu). Zavedení infekce do kanálku je velice bolestivé, nepříjemné a zhoršuje tak pozdější rehabilitaci.

### **3.4.2 Náplast'ová extenze**

Náplast'ová extenze se může provádět různým způsobem. V minulosti bylo základem očištění kůže mýdlem a benzinem, na kůži se přilepil dlouhý pruh náplastí přesně v ose, kterou tah působil. Dnes se lepení náplastí na kůži nepoužívá, vzniká podráždění a ekzém. Náplast'ová extenze je dlouhý pruh neelastického materiálu, uprostřed pruhu je upevněné prkénko, široké jako pruh. Ve středu prkénka je otvor, kterým se protáhne tkaloun, nebo motouz, na který se pověsí závaží. Pruh přiložíme na končetinu tak, aby tkaloun, motouz sledoval přesně osu, kterou potáhne závaží. Před naložením pruhu dáme na dolní končetiny punčochy, nebo vyvážeme bandáž (prevence tromboembolické nemoci), obinadlem (místo lepení na kůži) přichytíme pruh z neelastického materiálu, přibližně od 2/3 stehenní kosti, koleno necháme volně a pokračujeme ke kotníku. Vyčnívající hrboly kosti zabezpečíme před otlačením. Proto podložíme pod pruh nad kostními hrbolky vatu, nebo molitan.

Na Ortopedické klinice IPVZ ve FN Na Bulovce používáme ještě jiný druh náplast'ové extenze, nazývaný ortézová extenze (ortézová protože vzhledem připomíná ortézu na dolní končetinu).

Tato extenze je vyhotovená protetikou firmou na základě mého návrhu (obr.11, 12). Je zhotovená ze stejného materiálu jako závěs (vid Kirschnerova extenze). Umožňuje to rychlé naložení extenze a zkracuje manipulaci s nemocnou končetinou. Extenze je opatřena suchým zipem, na predilekčních místech vypodložena.

Bandáže, nebo kompresní punčochy na dolní končetiny jsou nutné i pod ortézovou extenzi.

Dolní končetinu s náplast'ovou, nebo ortézovou extenzí vložíme do závěsu, přes kladku pověsíme závaží. Kontrolujeme funkčnost. Dle potřeby upravujeme, kontrolujeme kůži, zda nenastaly změny (otok, zarudnutí, otlačení), kůži při každém prohlédnutí promažeme (mentolovou emulzí)! Za zdravou končetinu dáme opěrnou podložku.

Místo extenčního zařízení můžeme použít Braunovu dlahu, nebo polštář na podložení nemocné končetiny s extenzí.

**Zásady :** Kontrola účinnosti extenze - zda je zachovaný tah v ose.

Kontrola integrity kůže a otoku na končetině - kůže celistvá, bez známek otoku na extendované končetině.

Zvýšená pozornost predilekčním místům dekubitů, opruzenin, masáže.

Kontrola a výměna prádla minimálně 1x denně, dále dle potřeb nemocného.

Kontrola čistoty pomocného zařízení a funkčnosti.

V případě Braunovy dlahy v lůžku - vyndat z lůžka při zachování tahu, kontrola obvazu na dlaze (čistý, funkční).

Ptáme se nemocného zda se mu leží dobře, pohodlně, extendovanou končetinu udržujeme v teple (tak aby to nebránilo tahu).

Při projevech bolesti informujeme lékaře (analgetika).

Zajistíme intimitu při vyprazdňování, možnost hygieny rukou, eventuálně genitálií.

Osvěta ohledně vyprazdňování (nemocný často úmyslně zadržuje defekaci, psychické zábrany).

Důležité sledovat psychický stav, případné projevy imobilizačního syndromu ([www.szs-most.cz](http://www.szs-most.cz)).



Nemocný poměrně těžce snáší upoutání na lůžko i samotnou extenzi, bojí se jakéhokoli pohybu, bývá úzkostlivý, mnohdy odmítá přijímat potravu, tekutiny vlivem stresu při vyprazdňování. Zvýšenou péči je třeba věnovat zejména starším nemocným, pro něž může mít imobilizace letální následky. Snažíme se nabídnout co nejvíce informací, poučit, obeznámit pacienta předem před každým ošetřovatelským úkonem, poprosit o spolupráci s personálem, dáme prostor rodině pomoci s hygienou , umožníme návštěvy blízkých.

## 4. Hygienická péče

### 4.1 Hygiena a manipulace s pacientem

Hygiena je soubor pravidel a postupů potřebných k podpoře a ochraně zdraví. V praktickém životě znamená zachovávání společensky a osobně nutné míry zdravotních předpisů. V užším slova smyslu je hygiena udržování osobní čistoty.

Osobní hygiena je péče o sebe sama, jejímž prostřednictvím se lidé udržují zdraví a chrání se proti nemocem. Osobní hygiena je záležitostí každého jednotlivce, je daná individuálními hodnotami a návyky. Je ovlivněna kulturními, sociálními a rodinnými faktory (Trachtová, 2003).

Potřeba hygieny je základní biologickou potřebou. Vytváří se postupně od neútlejšího věku v podobě hygienických návyků. U různých lidí je potřeba hygieny různě vyjádřena. To co pro jednoho člověka bude standart, dostatečná péče o čistotu těla, může jiný považovat za nedostačující. Potřeba hygieny je individuální a zcela odlišný bude i způsob jak jedinec vyjádří neuspokojenou potřebu hygieny, zcela odlišná bude psychická odezva neuspokojení potřeby a čistoty.

Pro většinu lidí je čistota výchozím, základním předpokladem pro pocit osobní pohody, a tím zasahuje do oblasti potřeb psychogenních.

Nemoc mění nároky člověka na hygienickou péči, mění způsob uspokojování potřeby hygieny. Rozhodujícím bude míra omezení pohyblivosti vlivem nemoci a tím částečná popřípadě úplná ztráta soběstačnosti (Trachtová, 2003).

Péče o osobní hygienu se může na první pohled jevit jako jednoduchá činnost. Lidé běžně pečují o své děti i o dospělé a nepotřebují k tomu žádnou speciální přípravu ani vzdělání. Hygienická péče o nemocné, kteří se nemůžou pohybovat, patří k velmi obtížným výkonům. Zajistit, aby se člověk cítil příjemně, to vyžaduje odborné ošetrovatelské dovednosti.

Většina z nás by se cítila nepříjemně, kdybychom se měli na veřejnosti ukázat neumytí, s nevyčištěnými zuby, neoholení, s neumytými vlasy, neučesaní. Vysoký standart hygieny a upravenosti pomáhá nemocným udržovat důstojnost a ujišťuje jejich rodinu a přátele o tom, že je o jejich blízkého člověka dobře postaráno.

Podle úrovně hygieny se posuzuje kvalita ošetrovatelské péče. Jak by měla vypadat profesionální hygienická péče o nemocného? Každý člověk uspokojuje svoje hygienické potřeby podle svého životního stylu a chování. Jestliže se sestra a nemocný v této oblasti neshodnou, může se zajištění hygieny stát citlivým problémem. K řešení takového problému bude potřeba hodně taktu, vyjednávání, naslouchání a respektování názoru nemocného.

Pacient se zlomeninou acetabula je dlouhodobě upoután na lůžko. Jeho soběstačnost v rámci hygieny je výrazně omezená.

#### **4.2 Koupel pacienta se zlomeninou jamky kyčelního kloubu při příjmu**

Při příjmu pacienta uložíme na hydraulickou zvedací pojízdnou vanu, odvezeme do koupelny a osprchujeme (pozor na teplotu vody). V koupelně zajistíme soukromí, na dveře umístíme nápis „obsazeno“, zatáhneme závěs kolem vany. Pacient má nemocnou končetinu (se zavedeným drátem a podkovou) zapoložovanou na Braunově dlaze i během sprchování. Opatrná manipulace a trpělivost je nutná, nesmíme zapomenout, že před chvílí pacient utrpěl těžké poranění! (obr. 13)

Po ukončení sprchování pacienta hned osušíme a přikryjeme (podložka, prostěradlo, osuška). Pomocí rolovací podložky, opatrně (přikrytého) pacienta se zapoložovanou končetinou na Braunově dlaze přesuneme na předem připravené lůžko (extenční zařízení, antidekubitální matrace, podložka na dolní část postele - mokrá Braunova dlahu). Přesun pacienta by měly provádět alespoň tři osoby (dvě přesouvají pacienta a jedna nemocnou dolní končetinu na Braunově dlaze, u obézního, nebo nespolupracujícího pacienta je potřeba i více personálu). Na lůžku opatrně odstraníme dlahu a podložku, jedna sestra drží nemocnou dolní končetinu v tahu, druhá sestra vyváže bandáže, naložíme extenzi (viz extenze). Pacientovi oblečeme nemocniční košili, upravíme pohodlně, v mezích normy lůžko a odvezeme na pokoj. Nezapomeneme na signalizační zařízení, pokud nemá zaveden permanentní katétr, nádobu na vyprazdňování.

### **4.3 Osobní hygiena na lůžku u pacienta se zlomeninou jamky kyčelního kloubu**

Sestra musí pacientovi pomoci, aby dosáhl přijatelné úrovně osobní hygieny, udržet obvyklé hygienické postupy a zvyklosti i v době, kdy je upoután na lůžko.

Pacienti si mohou umýt některé části těla samostatně, ale nedostanou se sami do správné polohy a nedosáhnou na pomůcky, proto: postel pacienta zvedneme do polosedu (45 stupňů), nesmí se zvednout do sedu. Na vozíček, který je přisuvný k posteli (jídelní vozíček) připravíme umyvadlo s vodou (dle zvyklostí pacienta, studenou, nebo teplou), emitní misku s kelímkem na čištění ústní dutiny a všechny hygienické pomůcky, které pacient potřebuje (zubní kartáček a pasta, mýdlo, žínka, pomůcky na holení, ručník, kolínská voda, krém, deodorant, pokud je pacient používá), vysvětlíme postup mytí, hlavně hygienu ústní dutiny v polosedě. Od sestry se čeká pomoc s mytím zad a dalších obtížně dosažitelných míst. Dbáme na intimitu pacienta (dle potřeby použijeme zástěnu), která je ohrožena nesoběstačností. Sestra by se měla zdržovat poblíž, aby mohla pacientovi, který se myje sám, pomoci. Popřípadě, aby měl na dosah zvonek k přivolání pomoci.

K ranní a večerní toaletě si připravíme čisté osobní prádlo a lůžkoviny, jednorázové podložky, také vozík na špinavé prádlo a odpad.

Při provádění toalety kontrolujeme změny na kůži, převážeme bandáže, jestliže má pacient kompresní punčochy, sundáme, promažeme dolní končetiny a zase opět nasadíme, promasírujeme záda i hýždě mentolovou emulzí a zároveň upravujeme lůžko. Z ergonomického hlediska je vhodné, aby tento ošetřovatelský úkon prováděly alespoň dvě osoby. Omezí se tak rizikové pohyby a manévry, natahování přes pacienta kvůli mytí a úpravě lůžka. Pacienta opatrně natáčíme na poloboky a přidržujeme v této poloze. Trakci první týdny ani při hygieně a stlání neodpojujeme. Při bolesti aplikujeme analgetika (dle ordinace lékaře), tím se zlepší spolupráce s pacientem, který má strach z každého pohybu. Zkontrolujeme a upravíme extenzi.

### **4.4 Celková koupel pacienta se zlomeninou jamky kyčelního kloubu**

Celkovou koupel v koupelně provádíme nejméně jednou týdně. Postel s pacientem odvezeme do koupelny, nemocnou dolní končetinu vyjmeme ze Zahradníčkova závěsu a zapolohujeme na Braunovu dlahu (s extenzí). Pacienta natočíme na polobok, pod něho vsuneme rolovací desku, pomocí které ho dostaneme do hydraulické vany (zároveň posouváme dlahu). Další postup viz koupel při příjmu.

## 5. Prevence komplikací z dlouhodobého pobytu na lůžku

Lidské tělo je určeno k pohybu a aktivitě. Omezení hybnosti může být způsobeno úrazem, pooperačním stavem, akutním onemocněním, geneticky, handicapem. Neschopnost pohybu - mobilita - s sebou nese riziko vážných komplikací.

### Mezi tato rizika patří:

- zvýšený výskyt hluboké žilní trombózy
- plicní embolie
- infekce dýchacích cest
- porucha kožní celistvosti, včetně dekubitů
- zácpa
- močová infekce, močové kameny
- rozvoj atrofie, svalová slabost

Od sestry se očekává, že dlouhodobě ležící nemocné bude ošetřovat tak, aby se riziko komplikací účinně snížilo. Komplikace vzniklé v důsledku omezeného pohybu se rozvíjejí velmi rychle, proto je důležité od počátku stavu omezené hybnosti důsledně se zaměřit na jejich prevenci.

### 5.1 Prevence hluboké žilní trombózy

Sestra by měla naučit pacienta cviky nohou, celé zdravé dolní končetiny a dechová cvičení, která by měl provádět po dobu pobytu na lůžku. Díky informacím se může sám aktivně podílet na léčení. Cvičení provádí nejméně jednou za hodinu.

Cyklus cviků: 10x zpevnit a uvolnit svaly dolní končetiny

10x pokrčit a natáhnout prsty na nohou

10x pokrčit a natáhnout nohu v kotníku

10x pokrčit a natáhnout nohu v koleni

10x pokrčit a natáhnout nohu v kyčli

10x se zhluboka nadechnout

Časté cvičení dolními končetinami zabraňuje venostáze v dolních končetinách. Hluboké dýchání napomáhá venóznímu návratu krve do srdce.

Pacient by měl mít nasazené elastické kompresní punčochy, nebo vyvázanou bandáž, dostatečný příjem tekutin, dehydratace zvyšuje riziko vzniku hluboké žilní trombózy.

Na základě ordinace lékaře užívání antikoagulancia. Obvykle jde o aplikaci subkutánních injekcí, popřípadě perorálních koagulancií. Cílem je zabránit vzniku krevních sraženin.

## **5.2 Omezení rizika vzniku dekubitů**

Dekubity (proleženiny) jsou okrsy poškozené tkáně, vznikající v důsledku přímého tlaku, například hmotností těla v poloze na zádech na povrch lůžka, nebo v důsledku tzv. střížních sil, které způsobují mechanické poškození a ischemii tkání mezi kůží a kostí (Workman,2006). Dekubity se obvykle objevují nad kostními výběžky, jako je kost křížová, spinózní výběžky obratlů, lopatky, u extenzí kotníků, koleno.

### **5.2.1 Klasifikace dekubitů**

- I. stupeň: erytém (zčervenání) - tlaková léze bez poškození kůže
- II. stupeň: puchýř - tlaková léze s částečným poškozením kůže
- III. stupeň: nekróza - tlaková léze se zničením tkání mezi kostí a pokožkou
- IV. stupeň: vřed - tlakové léze provázené ostitidami a artritidami (Mikula,2002)

### **5.2.2 Hodnocení rizika**

Jde o komplexní a dlouhodobý proces, většina oddělení se snaží tento proces zjednodušit tím, že k hodnocení rizika vzniku dekubitů používají nejrůznější škály. Tyto škály byly vytvořeny proto, aby pomohly sestřám identifikovat nemocné, u nichž je vysoká pravděpodobnost poškození celistvosti kůže (Mikula,2002).

**Obecně platí, že škály se snaží určit rizikové faktory týkající se:**

- pohyblivosti
- stavu výživy
- vyprázdnování
- celkového stavu nemocného

U nás se nejvíce používá škála Nortonové, 25 bodů a méně RIZIKO.

Tabulka 1( Mikula, 2002)

Body	Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Jiné nemoci	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	dobrá	< 60	velmi dobrá	žádné	dobry	dobry	chodící	plná	není
3	částečná	61-70	dobrá	1	zhoršený	apatický	s pomocí	omezená	občasná
2	malá	71-80	intaktní, vlhká	2	špatný	zmatený	sedící	velmi omezená	trvalá - moči
1	žádná	>80	atrofická, alergická	více než 2	velmi špatný	bezvědomí	ležící	žádná	moči i stolice

Na základě hodnocení rizika vzniku dekubitů může být určena úroveň a druh intervencí, které nemocnému mohou pomoci. Při hodnocení se sestra nespolehá pouze na škálu, musí používat i vlastní klinický úsudek.

Vysvětlíme pacientovi, že je důležité, aby se v lůžku pohyboval co nejvíce. Každé dvě hodiny mu pomůžeme měnit polohu, aby se zmírnil tlak na exponovaná místa. U nemocných se zlomeninou jamky kyčelního kloubu je polohování ztíženo extenzí a nemožností otočit pacienta úplně na bok. Proto podkládáme hýždě molitanovými kvádry, dáváme podložní kruhy, po konzultaci s lékařem, je-li to možné, polohujeme na poloboky a nemocné podkládáme klíny. I když máme pod pacientem antidekubitní matraci, musíme je neustále polohovat! Levnější, jednodušší matrace neplní svoji úlohu vždy spolehlivě.

Tato činnost má na pacienta blahodárné účinky, ale značně zatěžuje ošetřující personál, zvláště tehdy, má-li pacient velkou hmotnost. Tento problém není zanedbatelný, neboť se týká většiny sester. Situace se dá řešit buď zaměstnáním většího množství pomocného personálu nebo vybavením oddělení moderní technikou a nebo kombinací obojího.

Při polohování nemocného pracujeme tak, abychom nezpůsobili poškození tkáně třením, nebo střížnými silami. K prevenci dekubitů přispívá správná úprava lůžka. Ložní prádlo vlhké potem nebo močí by se mělo vyměnit okamžitě. Je nutné dbát i na takové drobnosti, jako například aby drobnosti z jídla nebo jiné drobné předměty (včetně katétrů nebo drénů) netlačily na kůži nemocného. Při každé změně polohy kontrolujeme stav kůže na predilekčních místech. Včasná detekce změn je naprosto zásadní. Patří sem zčervenání, které nevybledne. Jestliže zarudlá část nezbledne, znamená to, že došlo k poruše na úrovni mikrocirkulace.

Nenecháme pacienta sedět na podložní míse příliš dlouho, protože tvrdé okraje můžou způsobit poškození tkáně.

U dlouhodobě ležících pacientů používáme antidekubitní pomůcky, jako například speciální matrace, podložní válce, kruhy, korýtko, klíny, které zvyšují pohodlí zapoložovaného pacienta a snižují tak riziko vzniku dekubitu.

Musíme dbát na dostatečnou výživu i hydrataci. Nedostatečná výživa a nedostatek tekutin zvyšují riziko vzniku dekubitů.

Dbáme na to, aby byl nemocný čistý. Hygienická péče je z hlediska prevence dekubitů důležitá (Workman,2006).



## 6. Člověk v nemoci

Bolest je nejen nepříjemným, někdy i těžce snesitelným prožitkem doprovázejícím onemocnění nebo úraz, bolest nás také může znepokojovat, vyvolávat strach a úzkost (Jobánková, 2000).

U akutních onemocnění, pokud jsou doprovázena intenzivní bolestí, předpokládáme častější výskyt neadekvátních reakcí, nemocnému obvykle v počátku onemocnění chybí dostatek informací, které se týkají jeho zdravotního stavu. Nezbytná pracovní neschopnost, nutnost hospitalizace a tím vytržení pacienta z normálního životního rytmu, mohou vést až k panickým reakcím, s výraznými motorickými, někdy agresivními projevy nebo na druhé straně k uzavření se okolnímu světu, stažení se do sebe a rezignaci (Jobánková, 2000).

Psychické zpracování nemoci je somatopsychickou reakcí. Když onemocníme, vnímáme chorobu jako ohrožení a automaticky dochází k citovým reakcím. Například akutní onemocnění, jako je úraz, vyvolávají spolu se šokem organismu také výrazné psychické reakce. Odpovědí na akutní onemocnění je obvykle úzkost, která se může projevit různými způsoby - jako panika, neklid (člověk v tomto stavu vykonává neúčelnou aktivitu) nebo jako úzkostný stav ztrnulosti (kdy člověk není schopen žádného činu, rozhodnutí, aktivity).

### **Zpracování onemocnění závisí na více faktorech:**

- Na typu onemocnění - zda jde o akutní, nebo chronickou nemoc, zda je provázena bolestí, zda vyžaduje připoutání na lůžko, atd.
- Na typu osobnosti člověka, na tom, jaké má vlastní rezervy, které může při chorobě zaktivovat.
- Na životní a společenské situaci - v jakém věku jej nemoc postihuje, zda je to člověk osamělý, nebo naopak s bohatou sítí rodiny či přátel, kteří mu pomáhají snášet nemoc, atd.

Při zacházení s pacientem je velice důležité klima na pracovišti, angažovanost personálu i ochota hovořit s pacientem, snaha poskytnout mu informace a umožnit mu tak účast na léčbě. To vše má vliv na náladu, subjektivní stav pacienta a s tím i na jeho psychofyzickou odolnost a průběh onemocnění.

Například pacienti, kteří bezprostředně před anestesií dostanou detailní informace o průběhu operace potřebují méně narkózy a pooperačně jen polovinu analgetik oproti těm, kteří nebyli takto psychicky připravení (Bartošíkova,2002).

Sestry tráví s pacientem daleko více času než ošetřující lékaři. Častější a úzký kontakt sestře umožňuje sledovat změny u pacienta, vývoj jeho názorů a postojů jak k nemoci, tak k léčbě a sestra může být pohotovým a spolehlivým průvodcem. Často se pacienti se svými dotazy odváží obrátit právě na sestru, která je jim svým postavením bližší a od níž očekávají srozumitelnější vysvětlení než od lékaře. Tady je prostor, aby sestra informovala pacienta v mezích své kompetence, poskytla mu potřebná vysvětlení a pomohla mu orientovat se v jeho situaci. Pokud se tak neděje, pacienti shánějí informace kde se dá, často zkreslené, zavádějící, jsou ochotni přebírat nežádoucí postoje spolupacientů a spolupráce při léčbě se tak zhoršuje.

Dobrá informovanost a jasná pravidla spolupráce umožňují snižovat nepříjemnosti a nedorozumění a předcházet komplikacím (Bartošíkova,2002).

Pro nemocné je velice důležitý pocit jistoty, podpora a pomoc poskytovaná zdravotníky. Porozumění jim umožňuje empatie. Ta vyžaduje trpělivost a zájem vyslechnout pacientův monolog.

**Posilování naděje, udržování optimismu a vyhledávání „drobných radostí“ je přístup, kterým léčebná zařízení příliš neoplyvají.**

## **7. Předoperační a pooperační péče**

Příjem na chirurgické oddělení může být plánovaný nebo urgentní. Plánovaná operace znamená, že nemocný na zákrok nějakou dobu čekal. Pacient má čas na psychologickou přípravu. Pro zdravotníky to znamená příležitost připravit nemocného, aby byl v co nejlepší kondici. Urgentní operace neumožňuje nemocným, aby se na operaci připravili, pacienti se navíc mohou cítit tak špatně, že ani nemohou přemýšlet o tom, co je po operaci čeká.

### **7.1 Předoperační péče**

Vyšetří se zdravotní stav nemocného, provedou se všechna důležitá vyšetření jako je rtg a CT vyšetření, krevní obraz, koagulace, biochemické screeningové vyšetření krve a moče, vyšetření krevní skupiny a protilátek, popřípadě objednání transfuze na sál u urgentních stavů, k plánované operaci objednání den před výkonem. Změření fyziologických funkcí - TK, P, hmotnost a výška (údaje pacienta), záznam EKG, dle potřeby se zavede permanentní katétr (podezření na poranění močového měchýře - hematurie). Zlomeniny jamky kyčelního kloubu vyžadují někdy i speciální vyšetření jako je SONO břicha, urologické, chirurgické, neurologické a interní konzilium, nasazení skeletální trakce.

S pacientem se mluví o zákroku, možnostech léčby, možném riziku, pacient se může ptát lékaře a sester na to, co jej zajímá, aby mohl poskytnout skutečně informovaný souhlas s hospitalizací a chirurgickým výkonem. Poučení nemocného a získání souhlasu je povinností lékaře.

#### **7.1.1 Příprava kůže**

Cílem předoperační přípravy je odstranění nečistot a tranzitních mikroorganismů, zvláště *Staphylococcus aureus*, který je nejčastější příčinou ranných infekcí (Workman,2006).

Obvykle stačí osprchování nebo celková koupel a použití antiseptického mýdla v den operace. Někteří chirurgové vyžadují i několikadenní přípravu kůže s použitím antiseptických roztoků k omezení kožní flóry. Z praxe je známo, že umytí kůže antiseptikem před operací snižuje riziko infekce v ráně. Pokud je to možné, mají se v předoperační přípravě umýt i vlasy, aby se nestaly rezervoárem infekce.

Pacient se zlomeninou jamky kyčelního kloubu je na naší klinice připravován na plánovanou operaci (do 1 týdne od úrazu). Koupel se provádí antiseptickým mýdlem v den příjmu a následně večer před operací, nebo ráno v den operace. Půl hodiny před odjezdem na operační sál umytí operačního pole antiseptickou pěnou a přiložení dezinfekčního obkladu.

Zvláštní pozornost by měla být věnovaná vyčištění pupku, nehtů na rukou i nohou. Měl by být odstraněn i lak na nehtech. Lak na nehtech a make-up se odstraňují proto, aby bylo možné monitorovat změny barvy kůže během anestezie a včas odhalit nedostatečné prokrvení. K přípravě kůže patří také oholení operačního pole.

Při holení se kůže často poraní, a na těchto místech může dojít k růstu bakterií. Méně infekčních komplikací se objevuje, když se kůže holí v den operace

(Workman,2006).

Holení kůže v místě operační rány se u nás provádí zásadně před přiložením dezinfekčního obkladu a to holicím strojkem na jedno použití.

Součástí kožní přípravy je i pečlivé posouzení rizika dekubitů. Je-li nemocný ohrožený, ošetříme predilekční místa.

### **7.1.2 Identifikace správné části těla**

Operovanou část těla, v našem případě dolní končetinu označíme voděodolnou fixou. Zvykem našeho oddělení je popsat končetinu číslem oddělení, tj. číslem 3.

### **7.1.3 Předoperační podání antikoagulancia, antibiotik**

U rizikových operačních výkonů se profylakticky podávají antibiotika a antikoagulancia. Protože se po operaci prodlouží imobilita, ordinují se antikoagulancia s.c., aby se snížilo riziko srážení krve. Pacient má nasazenou kompresní punčochu, nebo vyvázanou bandáž na zdravé dolní končetin (i během operace). Antibiotika se nasazují v předoperačním období jako prevence rizika vzniku pooperačních infekčních komplikací hojení rány, užívají se i dále v pooperačním období (druh, délku léčby a dávkování antibiotik určí operatér).

### **7.1.4 Premedikace**

Premedikace se podává z důvodů navození relaxace, snížení úzkosti a prevence pooperačních chirurgických komplikací. V urgentních případech pacient dostává analgezii před operací, což může také způsobit sedaci.

### **7.1.5 Lačnění**

Lačnění před anesthesií snižuje riziko zvracení a aspirace žaludečního obsahu v době, kdy nemocný není při vědomí, a snižuje tak riziko aspirační pneumonie.

Pacientům se doporučuje nevečeřet a nepít od půlnoci. U nemocných jako jsou diabetici je individualizovaná péče a doba lačnění se přizpůsobuje operačnímu programu a individuálním potřebám nemocného. Ráno podávání roztoků glukózy s inzulínem (diabetikům) dle ranní glykémie po konzultaci s interním konziliářem.

Příprava střeva je jenom u pacientů k plánované operaci. Večer je aplikováno jednorázové očistné klyzma.

Nemocný je v čitém a upraveném lůžku, svlékneme všechno prádlo, vlasy (delší) stáhneme do zadu. Všechny šperky a vlasové spony odstraníme, popřípadě uložíme do bezpečnostní schránky. Zubní protézy a kontaktní čočky by se měly odstranit a uložit do nádobky označené jménem nemocného. Před odjezdem na sál se nemocný, pokud nemá zaveden permanentní katétr, vymočí. Pacient, který bez brýlí nevidí, nebo neslyší bez naslouchadla, si může brýle a naslouchadlo ponechat až na operační sál, kde je předá sestře, která jej tam přivezla. Naslouchadlo se někdy po domluvě s lékařem anestézie ponechává pacientovi i na operačním sále kvůli domluvě. I s jinými protézami, jako jsou paruky, vlasové přičesky či oční protézy by se mělo zacházet velice citlivě, protože nemocní se bez nich necítí dobře. Pacienti souhlasí s tím, aby se protézy odstranily až na operačním sále a aby se s nimi vrátili zpět na oddělení.

Po domluvě s nemocným necháváme zubní protézy, naslouchadla a brýle na pooperačním pokoji, kde je hned po probuzení nasadí.

### **7.1.6 Převoz na operační sál**

Před převozem na operační sál se kontroluje, zda je všechno splněno a zaznamenáno do dokumentace.

- Pacient má permanentní katétr, nebo je vymočen, zaznamenáme čas.
- Kůže je ošetřená, oholené operační pole, antiseptický obklad, označení končetiny.
- Podání premedikace, antikoagulancií, antibiotik, infuzních roztoků a podrobnosti o aplikovaných lécích zaznamenáme do dokumentace.
- Hodnoty fyziologických funkcí, hodnoty ranních odběrů.
- Uložení cenností, protéz, brýlí, naslouchadla, záznam, zda jsou s pacientem

na sále, pooperačním pokoji.

- Je podepsaný souhlas s operací, rtg a CT snímky.
- Pacientova dokumentace je v pořádku a podpis sestry.

Pacienta vezeme na operační sál ve svém lůžku s naloženou trakcí (vpichy drátu jsou ošetřené, bandáž na nemocné dolní končetině odstraněna) a s veškerou dokumentací pacienta.

Nemocného doprovází a předává na sál vždy sestra z oddělení.

## **7.2 Pooperační péče**

Bezprostřední pooperační péče se poskytuje na pooperačním oddělení nebo pokoji. Ošetrovací jednotka musí být připravena a vybavená k poskytování pooperační péče. Zajišťují ji vyškolené sestry. Základní pooperační péče v bezprostředním pooperačním období představuje:

- udržování volných dýchacích cest a dýchání, oxygenace
- monitorování fyziologických funkcí k odhalení krvácení nebo zhoršení stavu nemocného
- úleva od bolesti a diskomfortu
- monitorování bilance tekutin

Doba, kterou pacient stráví na pooperačním pokoji se značně liší - od několika hodin až po několik dní, závisí rovněž na typu chirurgického výkonu a stavu nemocného.

Pacient je předán na standardní ošetrovací jednotku tehdy, když se probal z anestezie a jeho zdravotní stav je dostatečně stabilizovaný.

### **7.2.1 Převzetí nemocného od sestry z pooperačního pokoje**

Pacient je stabilizovaný a lékařem pooperačního pokoje doporučen překlád na standardní oddělení. Měření fyziologických funkcí se sleduje proto, aby se včas odhalili příznaky šoku, hypoxie a jiných komplikací. Intervaly mezi měřeními se prodlužují, jestliže se stav nemocného zlepšuje (intervaly měření určí lékař). Po přeložení na oddělení se funkce znovu monitorují (3-4 x denně).

Pro sledování bilancí tekutin se zavádí formulář, který by měl obsahovat veškerý perorální i intravenózní příjem tekutin, transfuze krve, krevní plazmy (doplnění objemu krevního řečiště při velkých ztrátách krve během operace). Podání tekutin ústy by se

nemělo zahajovat dříve, než je pacient plně při vědomí, kvůli riziku zvracení a aspirace. Předoperační přípravou se může snížit výskyt nauzey a zvracení v pooperačním období. Je-li pacient při vědomí, je možné podávat tekutiny malými doušky už dvě hodiny po anestezii. Jestliže nemocný zvrací, pak nepodáváme nic ústy a počkáme do zklidnění stavu, náhrada je intravenózní cestou, pomáhá podávání antiemetik. Jakmile nemocný toleruje tekutiny, lze obnovit i příjem stravy per os.

Sleduje a zaznamenává se i výdej močením. Je to důležitá informace o tom, že ledviny po operaci fungují. Nemá-li nemocný zaveden permanentní katétr, sleduje se zda se vymočil. Jestliže se nemocný nevymočil do osmi hodin po operaci, může dojít ke vzniku močové retence. Pacienta proto povzbuzujeme různými způsoby, aby se pokusil vymočit.

K úlevě od bolesti pomáhají opiáty, nesteroidní antirevmatika nebo místní anestetika. Dostatečná úleva od bolesti je nutná, aby se nemocný mohl pohybovat v lůžku a aby mohl v klidu odpočívat. Množství, druh a frekvence podání léku ordinuje lékař a podání léků zaznamenáváme do dokumentace. Ke sledování účinnosti analgesie se používá škála pro hodnocení bolesti.

Na pooperačním pokoji se sleduje prosakování operační rány nebo krvácení. Pozornost je věnovaná jakémukoliv prosakování rány. Dojde-li k prosáknutí krytí, volí se spíše ten postup, že se nejdříve přidá sterilní krytí na prosáknutý obvaz, aby se nenarušila incize a nebránilo se srážení krve. Krytí rány je kontrolováno v pravidelných intervalech i po návratu pacienta na oddělení. U pacientů se zavedenými drény se sleduje množství a konzistence odváděné tekutiny.

Rána by se měla hojit jen s minimálními zásahy. První převaz je proveden po 48 hodinách, rána by se měla kontrolovat z hlediska známek infekce. Pokračujeme v podávání antibiotik (dle operátora).

Kontrolujeme funkčnost trakce, která je hned po operaci obnovena. S prevencí dekubitů (správné polohování, podkládání hýždí, později dle lékaře na poloboky), imobilizačního syndromu a rehabilitaci začneme co nejdříve.

### **7.3 Rehabilitace**

Rehabilitace během imobilizace: pacient na lůžku, operovaná dolní končetina na trakci, cvičí dechovou gymnastiku, cévní gymnastika (aktivní cvičení hlezání kloubů), izometrické kontrakce quadricpsu a gluteálních svalů, cvičení zdravé dolní

končetiny pro udržení svalové síly a plného rozsahu pohybu, kondiční cvičení horních končetin (posílení pro chůzi o berlích).

Po 3 týdnech odstranění skeletální trakce (trakce záleží na léčbě a operatérovi) začínáme s pasivním cvičením dolní končetiny na motodlaze do 60-ti stupňů (flexe v koleni obr.14) a cvičením v odlehčení (dolní končetiny v závěsu) do abdukce v kyčli a flexe a extenze v kolenním kloubu. Vždy cvičíme do bolesti!!! Pacient nesmí cvičit do addukce, vnitřní rotace a velké extenze v kyčli do úplného zahojení.

Po 6-ti týdnech (při operační léčbě může být i dříve, opět záleží na operatérovi) začínáme s vertikalizací pacienta o 2 francouzských holích se simulací nášlapu. Plné zatížení je opět individuální (ale ne dříve než za 6-12 měsíců).

Je-li porušen nerv začneme ihned s elektrostimulací a když nám to dovolí stav dolní končetiny (záleží na lokalizaci postižení) i se cvičením a facilitací postižené končetiny.



## **8. Ošetrovatelský proces**

Ošetrovatelský proces je systematický prístup ke komplexní péči o pacienta.

„ Péče o člověka je podstatou ošetrovatelství a způsob, jakým sestra tuto činnost vykonává je podstatou ošetrovatelského procesu. Péče nesmí být intuitivní, ale založená na uvážení a organizovaném uspokojování potřeb a řešení problémů...“ (Lemon 1, 1996).

Ošetrovatelský proces je soubor specifických ošetrovatelských zákroků v péči o zdraví jednotlivce, rodin, a/nebo celých komunit. V užším slova smyslu zahrnuje použití vědeckých metod pro určení zdravotních potřeb pacienta/klienta/rodiny nebo komunity a vymezení těch, které mohou být nejučinněji uspokojeny péčí sestry. Patří sem plánování uspokojování potřeb, realizace plánu, vyhodnocení výsledků či efektivity dané péče. Sestra ve spolupráci s ostatními členy ošetrovatelského týmu i s jednotlivci či skupinami, o něž je pečováno stanoví cíle, určí priority, navrhne potřebnou péči a mobilizuje potřebné prostředky. Potom poskytuje ošetrovatelskou péči přímo nebo zprostředkovaně (Lemon,1996).

### **Ošetrovatelský proces má 4 hlavní fáze:**

- zhodnocení
- plánování
- realizace
- vyhodnocení

Písenní forma těchto čtyř fází je známa jako ošetrovatelský plán.

Na systematické získávání informací musí sestra používat organizovaný rámec či strukturu posouzení. Tato systematická metoda sběru potřebných údajů o pacientovi se nazývá sesterská anamnéza. Sběr dat provádíme podle ošetrovatelských modelů.

## **9. Zkoumaný soubor a použité metody**

### **9.1 Cíl výzkumu**

Cílem provedeného výzkumu je zjistit jak náročná je péče o pacienty se zlomeninou jamky kyčelního kloubu. Průměrná doba hospitalizace pacientů u konzervativní a operační terapie. Jaký počet personálu tuto péči provádí, druh používané extenze, ošetřování a její naložení.

### **9.2 Metoda výzkumu**

Pro získávání údajů pro výzkum jsem zvolila metodu anonymního dotazníku, který obsahoval 31 otázek. Anonymní dotazník umožňuje překonat možné obavy respondentů při sdělování negativních informací.

Otázky v dotazníku jsou vlastní konstrukce. Použila jsem otázky uzavřené, polouzavřené a kombinování možností. Dotazníkové šetření probíhalo od poloviny února do začátku března 2007. Respondenti měli dostatek času na vyplnění dotazníku (plné znění dotazníku viz příloha).

Po úvodním oslovení byli respondenti požádáni o vyplnění dotazníku. Respondenti označovali své odpovědi zakroužkováním. U některých otázek bylo možné zatrhnout více než jednu odpověď, u odpovědí „jiné“ bylo možné doplnit odpověď podle zvyklostí pracoviště. V závěru dotazníku mohli respondenti vyjádřit vlastní sdělení k ošetrovatelské péči pacientů se zlomeninou jamky kyčelního kloubu. V dotazníku nechybělo poděkování za ochotu a spolupráci při vyplňování dotazníku, na konci výzva ke kontrole odpovědí.

### **9.3 Struktura dotazníku**

V úvodní části dotazníku byly uvedeny demografické údaje identifikující základní parametry respondentů, a to:

- Věk
- Pohlaví
- Vzdělání
- Roky praxe v zdravotnictví

- Pracovní zařazení

Samostatný dotazník byl rozdělen na čtyři tématické části:

1. Otázky týkající se dotazovaného pracoviště (1 - 5)
2. Všeobecné otázky o ošetřování pacientů se zlomeninou acetabula (6 - 10)
3. Otázky o specifikách ošetřování pacientů se zlomeninou acetabula (11 - 20)
4. Otázky ohledně ošetrovatelské péče o tyto pacienty (21 -31)

#### **9.4 Výzkumný soubor**

Dotazníky byly určeny zdravotním sestřám, které provádějí ošetrovatelskou péči o pacienty se zlomeninou jamky kyčelního kloubu.

Před vlastním předáním dotazníků jsem osobně či telefonicky kontaktovala náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, vrchní či staniční sestry daných pracovišť, s cílem zjistit zda bývají na jejich pracovištích hospitalizováni pacienti s touto diagnózou a zda budou ochotni spolupracovat v dotazníkovém šetření daného průzkumu.

Rozdala celkem 30 dotazníků, do 30ti zdravotnických zařízení v České republice (nemocnice: fakultní, krajské, okresní, akciové společnosti...). Jenom čtyři dotazníky jsem poslala elektronickou poštou, tři jsem předala osobně a zbylé normální poštou.

#### **9.5 Návratnost dotazníku**

Celková návratnost dotazníků byla 73 %. Ke zvýšení návratnosti dotazníku jsem s každým respondentem mluvila (osobně, nebo telefonicky) a požádala o brzké navrácení dotazníku. S dotazníkem jsem zaslala i poštovní známku a zpáteční adresu, telefonní číslo pro případ potřeby. Podle literatury je i 50 % návratnost považována za úspěch. Žádný dotazník nebyl znehodnocen chybou při vyplňování. Chybějící dotazníky se mohly omylem pošty ztratit, nebo ještě dorazí. Nejrychlejší a nejochotnější spolupráce byla s fakultními nemocnicemi a traumatologickými centry.

## 9.6 Demografická data

Níže uvedené tabulky přehledně uvádějí počty a strukturu pracovníků, kteří se zúčastnili šetření (tzn. přímých účastníků šetření). Jak již bylo uvedeno, za základní sledované charakteristiky byly stanoveny - věk, pohlaví, vzdělání, praxe ve zdravotnictví a pracovní zařazení.

### 9.6.1 Věk

Nejvíce zastoupena je skupina respondentů 31 - 40 let ( 41 %), dále je zastoupena skupina 41 - 50 let ( 27 %), zhruba stejně je zastoupena skupina 51 a více let (23 %). Nejméně je zastoupena skupina 20 -30 let (9 %).

a.) 20 - 30	2	9 %
b.) 31 - 40	9	41 %
c.) 41 - 50	6	27 %
d.) 51 a více	5	23 %

### 9.6.2 Pohlaví

Co se týče pohlaví, 100 % respondentů tvořily ženy.

a.) muž	0	0%
b.) žena	22	100%

### 9.6.3 Vzdělání

Většinu respondentů, a to 86 %, tvoří zaměstnanci, kteří mají pomaturitní specializační studium, 2 sestry mají vysokoškolské vzdělání s titulem, 1 sestra má střední odborné vzdělání a žádná sestra nemá vyšší odbornou zdravotnickou školu.

a.) SZŠ	1	5%
b.) SZŠ + specializace	19	86%
c.) VZŠ	0	0%
d.) VŠ	2	9%

### 9.6.4 Praxe ve zdravotnictví

68 % respondentů, tj. 15 sester má více než šestnáctiletou praxi ve zdravotnictví. 23 % sester má praxi v rozmezí 11 - 15 let, 9 % v rozmezí 6 - 10 let a žádná z respondentek nemá praxi v rozmezí 1 - 5 let.

a.) 1 - 5 let	0	0%
b.) 6 - 10 let	2	9%
c.) 11 - 15 let	5	23%
d.) 16 a více let	15	68%

### 9.6.5 Pracovní zařazení

Z 22 respondentek dotazník vyplnilo 10 staničních sester, což tvoří 46 %. Dále ve 36 % vrchní sestry a v 18 % zdravotní sestry.

a.) zdravotní sestra	4	18%
b.) staniční sestra	10	46%
c.) vrchní sestra	8	36%

## 10. Vlastní zpracování a zhodnocení dotazníků

Odpovědi dotazníku jsou pro přehlednost vyhodnoceny v tabulce a v grafu.

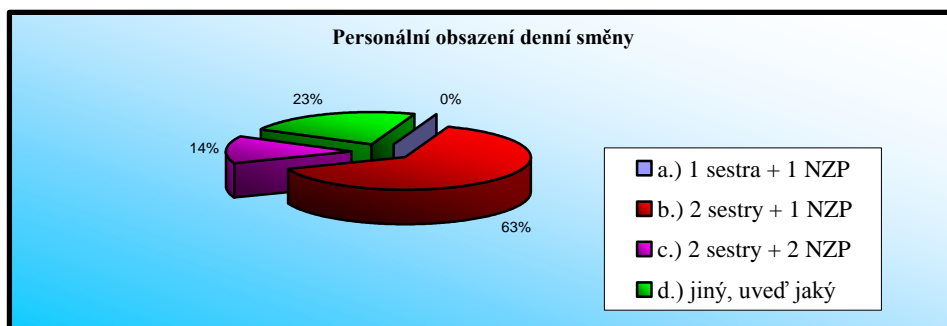
### 1. Jaké je personální obsazení na Vašem pracovišti na směnu ?

Nejčastější personální obsazení v 63 % tvoří na pracovištích dotazovaných zdravotnických zařízení 2 sestry a 1 nižší zdravotnický personál. Ve 23 % tvoří jiné obsazení, než je nabízeno v dotazníku viz tabulka 2 a graf 2. Ve 14 % tvoří obsazení 2 sestry a 2 nižší zdravotnický personál.

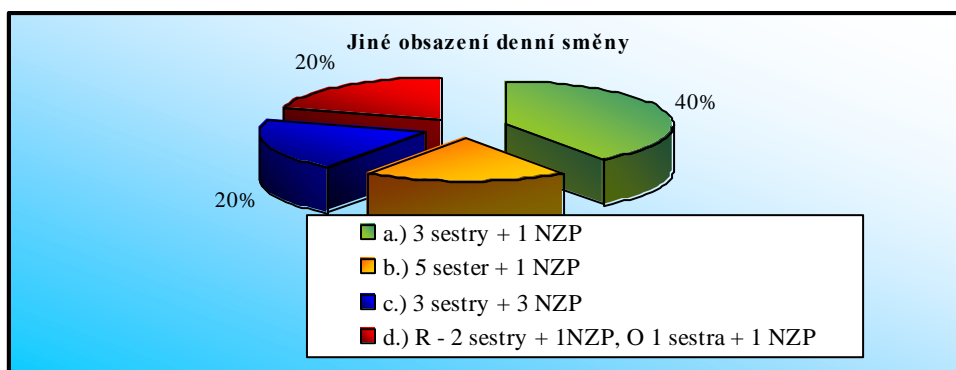
**Tabulka 2**

a.) 1 sestra + 1 NZP	0	a.) 3 sestry + 1 NZP	2
b.) 2 sestry + 1 NZP	14	b.) 5 sester + 1 NZP	1
c.) 2 sestry + 2 NZP	3	c.) 3 sestry + 3 NZP	1
d.) jiný, uveď jaký	5	d.) R - 2 sestry + 1NZP, O 1 sestra + 1 NZP	1

**Graf 1**



**Graf 2**



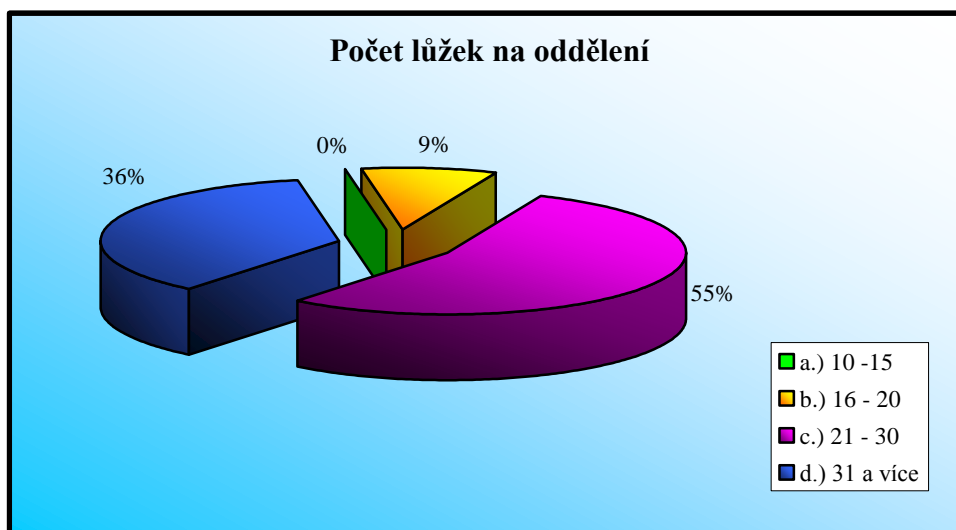
## 2. Jaký je počet lůžek na vašem oddělení ?

V jednotlivých zdravotnických zařízeních převažuje počet lůžek na odděleních v rozmezí 21 - 30 tj. v 55 %, ve 36 % tvoří 31 a více lůžek, v 9 % 16 -20 lůžek a žádné oddělení nemá méně lůžek.

**Tabulka 3**

a.) 10 -15	0
b.) 16 - 20	2
c.) 21 - 30	12
d.) 31 a více	8

**Graf 3**



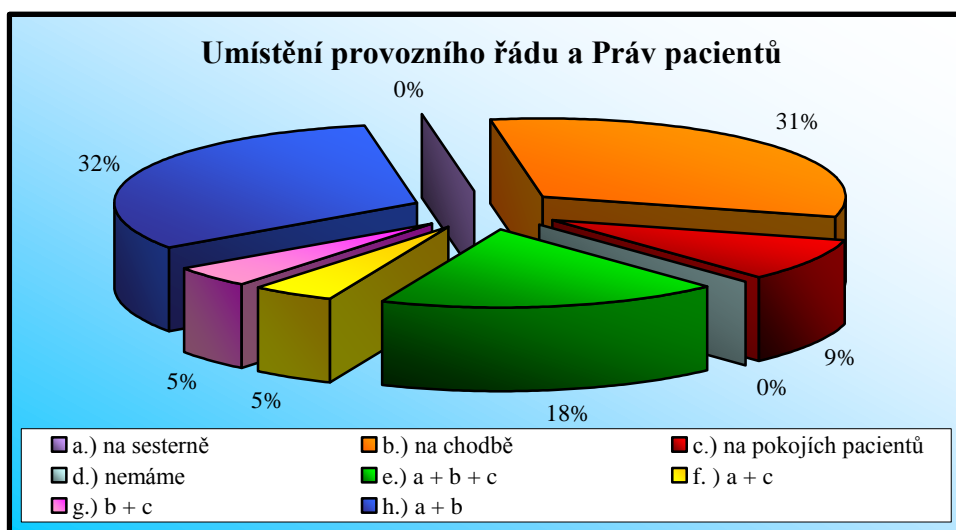
### 3. Máte na oddělení provozní řád a Práva pacientů ?

Všechny dotazované zdravotnické zařízení mají umístěn provozní řád a Práva pacientů na oddělení. Umístění je v mnoha zařízeních různé. Respondenti mohli v této otázce označit i více odpovědí. Jenom na sesterně nemá provozní řád a Práva pacientů žádné zařízení. V kombinaci sesterna, chodba a pokoj pacientů má umístěno Práva pacientů 18 % zařízení, jenom na chodbě 31 %, jenom na pokojích pacientů 9 %, na sesterně a pokojích pacientů 5 %, na pokojích pacientů a chodbě 5 % a na sesterně a chodbě 32 % zařízení.

Tabulka 4

a.) na sesterně	0
b.) na chodbě	7
c.) na pokojích pacientů	2
d.) nemáme	0
e.) a + b + c	4
f.) a + c	1
g.) b + c	1
h.) a + b	7

Graf 4





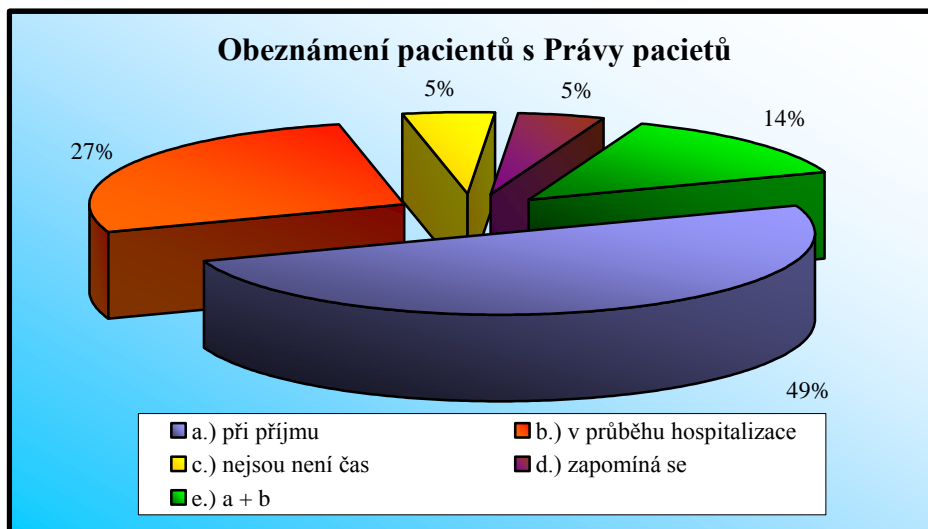
#### 4. Kdy jsou pacienti obeznámeni s Právy pacientů ?

Téměř polovina zdravotnických zařízení, tj. 49% obeznamuje pacienty s Právy pacientů při příjmu, 27 % v průběhu hospitalizace a 14 % při příjmu nebo v průběhu hospitalizace. V jednom zařízení se na to zapomíná a v jednom zařízení na to nemají čas.

**Tabulka 5**

a.) při příjmu	11
b.) v průběhu hospitalizace	6
c.) nejsou, není čas	1
d.) zapomíná se	1
e.) a + b	3

**Graf 5**

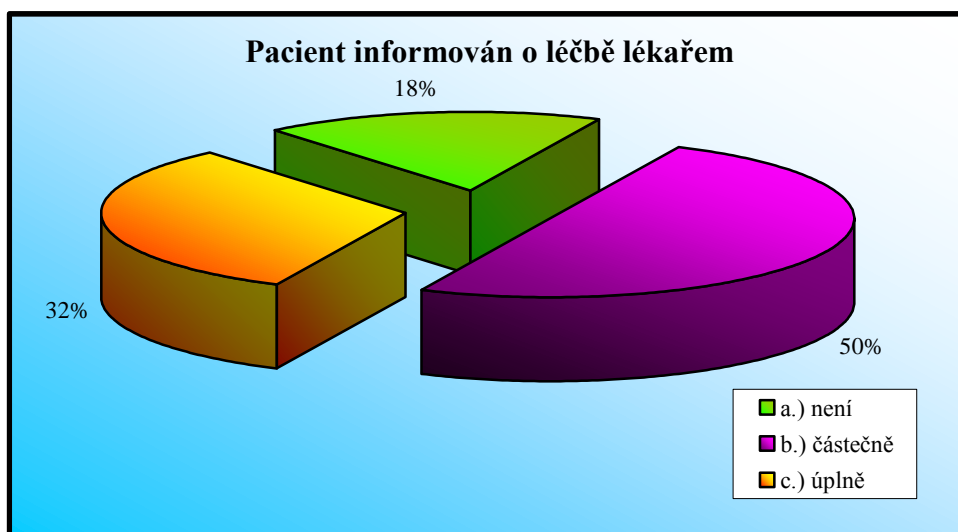


**5. Je podle Vás pacient lékařem dostatečně informován o nemoci a následné léčbě ?**

**Tabulka 6**

a.) není	4
b.) částečně	11
c.) úplně	7

**Graf 6**



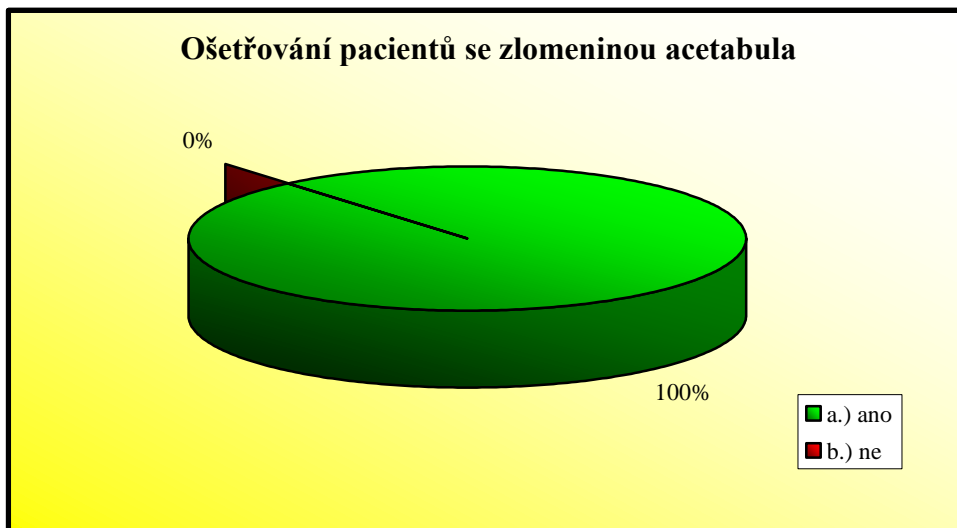
## 6. Ošetřujete pacienty se zlomeninou acetabula ?

Všechny dotazované zdravotnické zařízení ošetřují pacienty se zlomeninou jamky kyčelního kloubu.

**Tabulka 7**

a.) ano	22
b.) ne	0

**Graf 7**



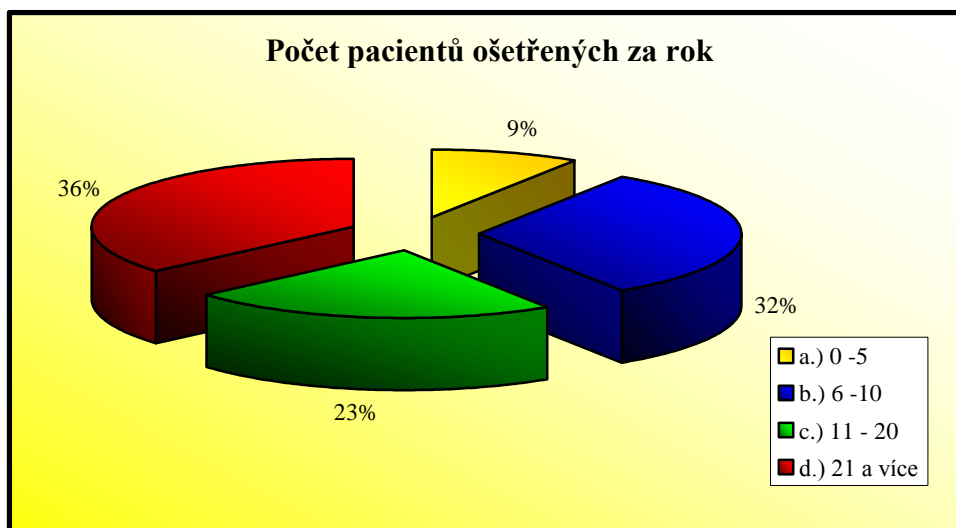
## 7. Kolik pacientů se zlomeninou acetabula ošetříte za rok ?

Ve dvou zařízeních ošetří 0 - 5 pacientů za rok. V ostatních případech jsou údaje vyrovnané. Ve 36 % zařízení ošetří 21 a více pacientů, ve 32 % zařízení 6 - 10 pacientů a ve 23 % zařízení 11 - 20 pacientů za rok.

**Tabulka 8**

a.) 0 -5	2
b.) 6 -10	7
c.) 11 - 20	5
d.) 21 a více	8

**Graf 8**



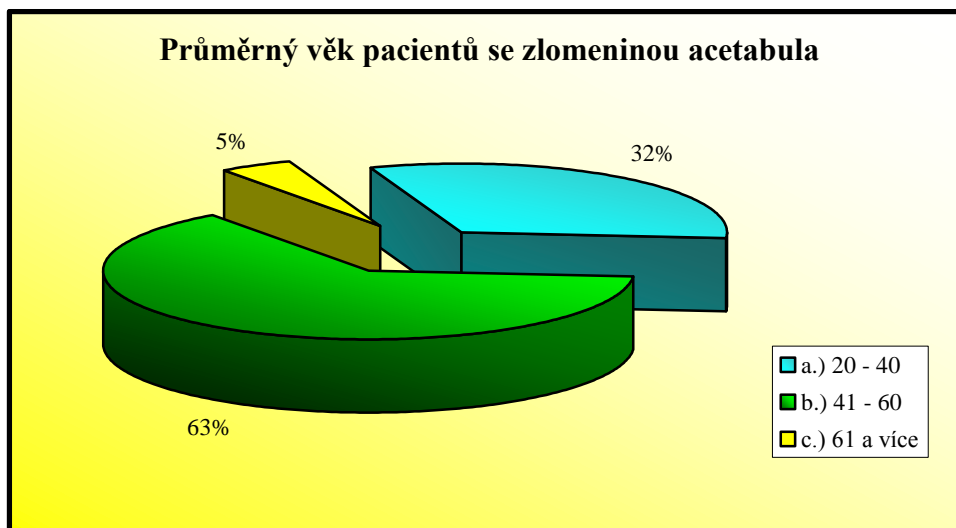
## 8. Jaký je průměrný věk pacientů se zlomeninou acetabula na Vašem pracovišti ?

Průměrný věk pacientů se zlomeninou jamky kyčelního kloubu 41 - 60 let tvoří 63 % hospitalizovaných pacientů s touto diagnózou. Ve 32 % jsou pacienti v rozmezí 20 - 40 let a v 5 % jsou pacienti 61 a více let staří.

**Tabulka 9**

a.) 20 - 40	7
b.) 41 - 60	14
c.) 61 a více	1

**Graf 9**



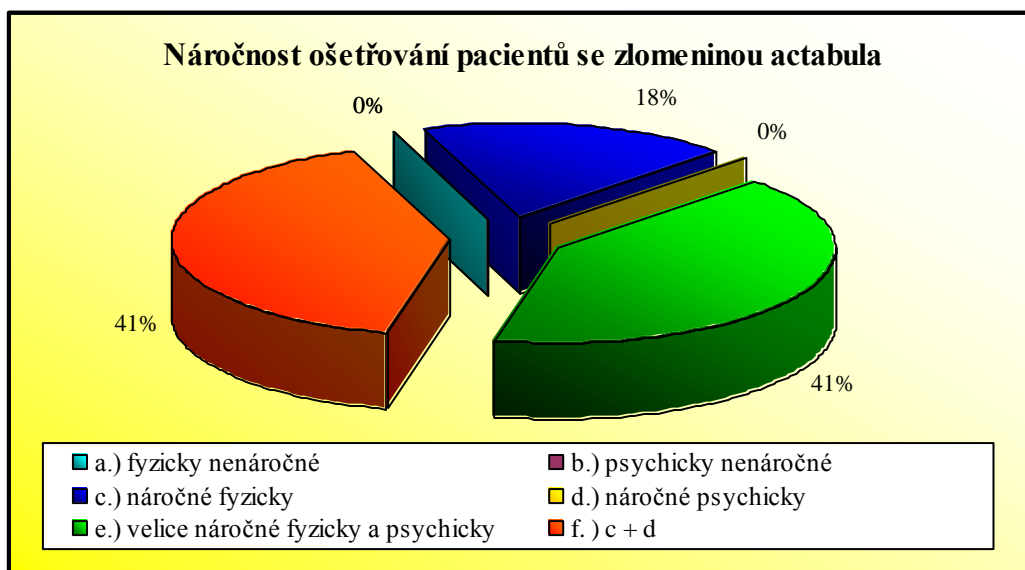
## 9. Jaké je podle Vás ošetřování pacientů se zlomeninou acetabula ?

Ošetřování pacientů se zlomeninou acetabula je pro 41 % respondentů náročné fyzicky a psychicky. Pro 41 % respondentů velice náročné fyzicky a psychicky. 18 % uvádí ošetřování náročné pouze fyzicky.

**Tabulka 10**

a.) fyzicky nenáročné	0
b.) psychicky nenáročné	0
c.) náročné fyzicky	4
d.) náročné psychicky	0
e.) velice náročné fyzicky a psychicky	9
f.) c + d	9

**Graf 10**



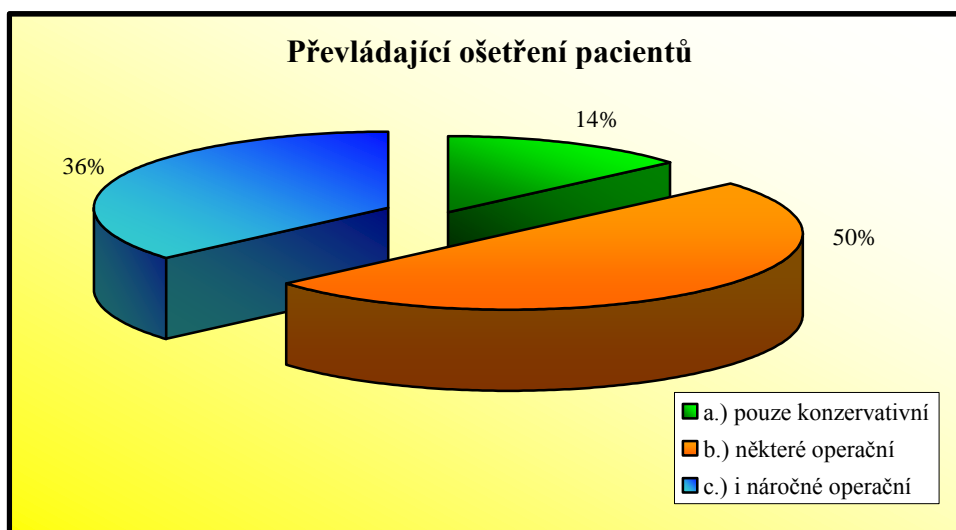
## 10. Jaké je převládající ošetření pacienta se zlomeninou acetabula na Vašem pracovišti

Náročné operační ošetření pacientů provádí 8 zařízení, 11 zařízení provádí lehčí operační ošetření a 3 z dotazovaných zařízení pacienty neošetřuje operačně. Tím je míněno ošetřování pacientů konzervativním postupem, nebo ošetřování pacientů po operaci přeložených na spádové pracoviště.

**Tabulka 11**

a.) pouze konzervativní	3
b.) některé operační	11
c.) i náročné operační	8

**Graf 11**



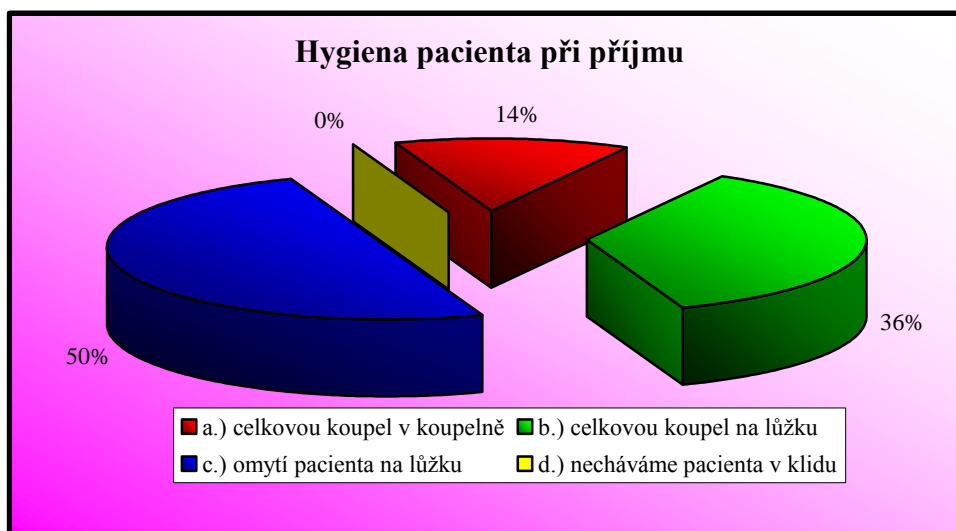
## 11. Při příjmu pacienta se zlomeninou acetabula provádíte

V 50 % zařízení pacienty se zlomeninou acetabula jenom omývají na lůžku. 36 % zařízení provádí celkovou koupel na lůžku a 14 % provádí celkovou koupel v koupelně.

**Tabulka 12**

a.) celkovou koupel v koupelně	3
b.) celkovou koupel na lůžku	8
c.) omytí pacienta na lůžku	11
d.) necháváme pacienta v klidu	0

**Graf 12**





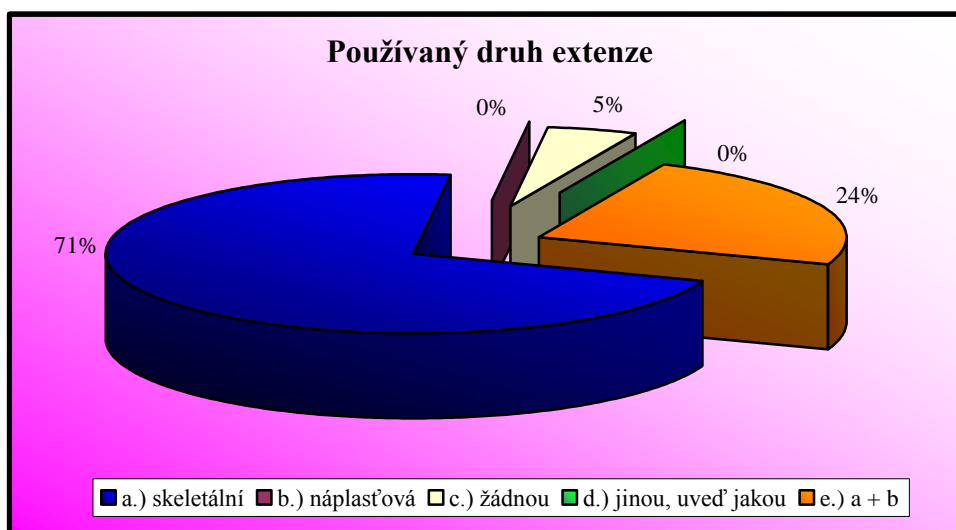
## 12. Jaký druh extenze u pacientu se zlomeninou acetabula používáte ?

V 15 zařízeních používají skeletální extenzi, v 5 zařízeních skeletální a náplast'ovou extenzi, v jednom zařízení extenzi vůbec nepoužívají. 3 zařízení uvedla paradoxně používání jiné extenze- extenze Kirschnerovy, což je ve skutečnosti skeletální extenze!

**Tabulka 13**

a.) skeletální	16
b.) náplast'ová	0
c.) žádnou	1
d.) jinou, uveď jakou	0
e.) a + b	5

**Graf 13**



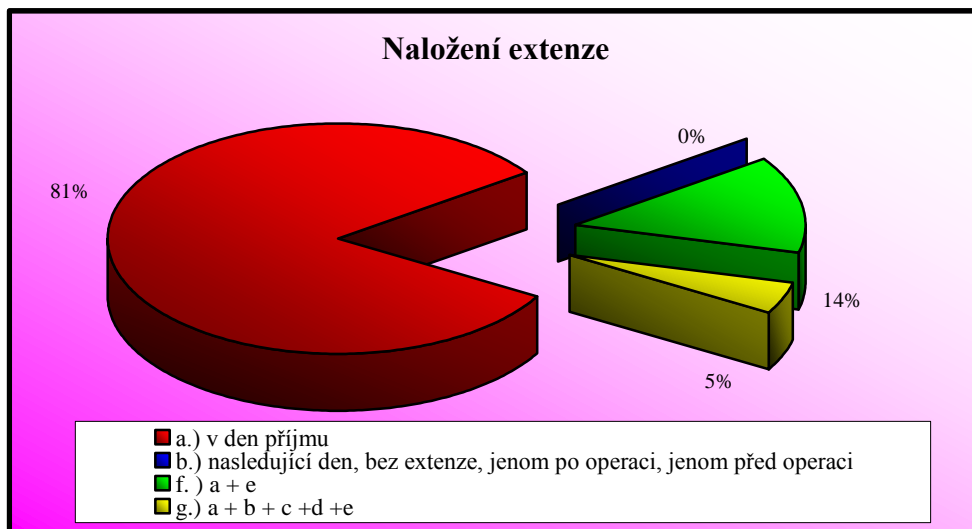
### 13. Kdy provádíte naložení extenze, jestli ji používáte ?

Naložení extenze provádí 81 % zařízení v den příjmu. 14 % v den příjmu a jenom před operaci (po operaci ex), v jednom zařízení využívají všech možností které jsou uvedené v dotazníku.

**Tabulka 14**

a.) v den příjmu	18
b.) následující den, c.) bez extenze, d.) jenom po operaci, e.) jenom před operaci	0
f.) a + e	3
g.) a + b + c +d +e	1

**Graf 14**



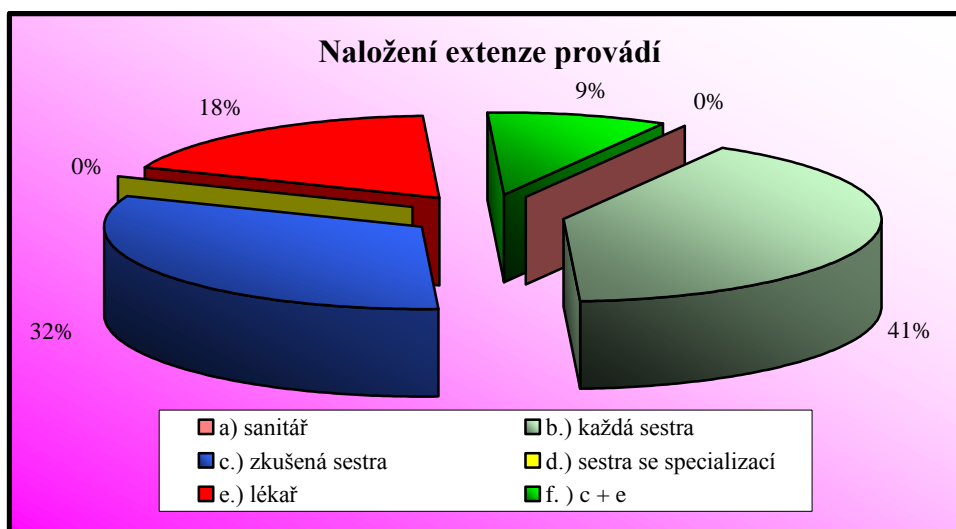
#### 14. Kdo naložení extenze provádí ? ( ne navrtání drátu)

Naložení extenze v 41 % provádí každá sestra. 32 % zkušená sestra, 18 % lékař, 9 % zkušená sestra s lékařem.

**Tabulka 15**

a) sanitář	0
b.) každá sestra	9
c.) zkušená sestra	7
d.) sestra se specializací	0
e.) lékař	4
f. ) c + e	2

**Graf 15**



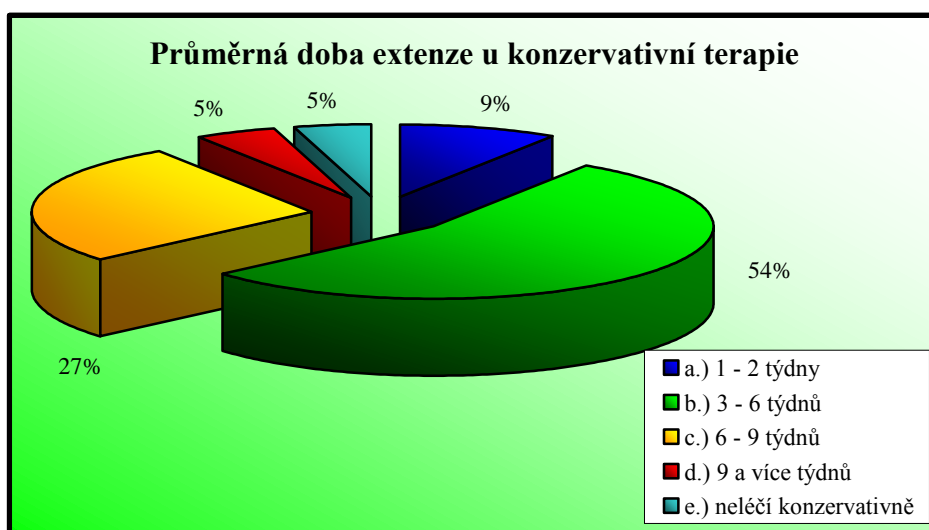
### 15. Jaká je průměrná doba extenze u konzervativní terapie na Vašem pracovišti ?

54 % zařízení používá extenzi u konzervativní terapii na 3 - 6 týdnů. 27 % na 6 - 9 týdnů, 9 % 1 - 2 týdny, 5 % na 9 a více týdnů, v 5 % zařízení neléčí vůbec konzervativně. ( možnost e je dána dle vyplněných dotazníků).

**Tabulka 16**

a.) 1 - 2 týdny	2
b.) 3 - 6 týdnů	12
c.) 6 - 9 týdnů	6
d.) 9 a více týdnů	1
e.) neléčí konzervativně	1

**Graf 16**



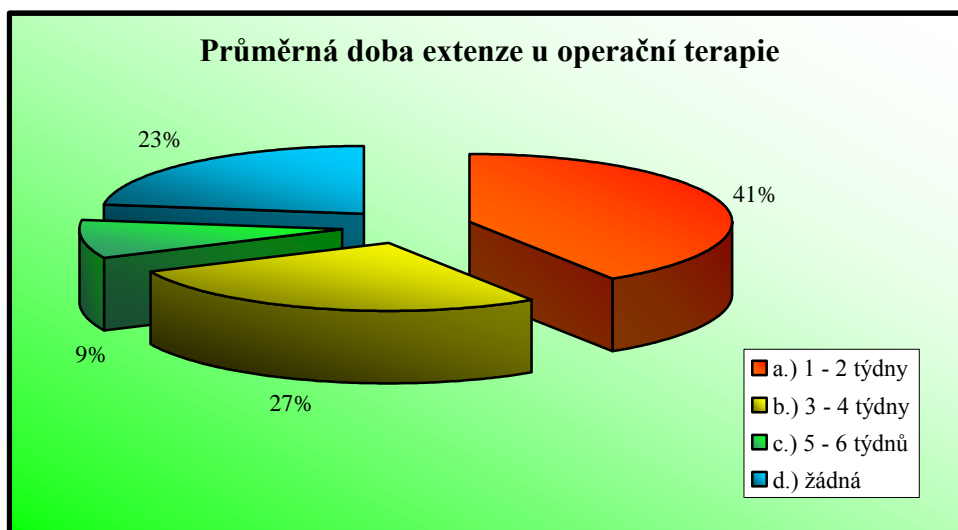
## 16. Jaká je průměrná doba extenze u operační terapie na Vašem pracovišti ?

41 % zdravotnických zařízení má průměrnou dobu extenze u operační terapie 1 - 2 týdny, 27 % zařízení 3 - 4 týdny, 23 % zařízení extenzi u operační terapii nepoužívá a u 9 % zařízení je průměrná doba extenze 5 - 6 týdnů.

**Tabulka 17**

a.) 1 - 2 týdny	9
b.) 3 - 4 týdny	6
c.) 5 - 6 týdnů	2
d.) žádná	5

**Graf 17**



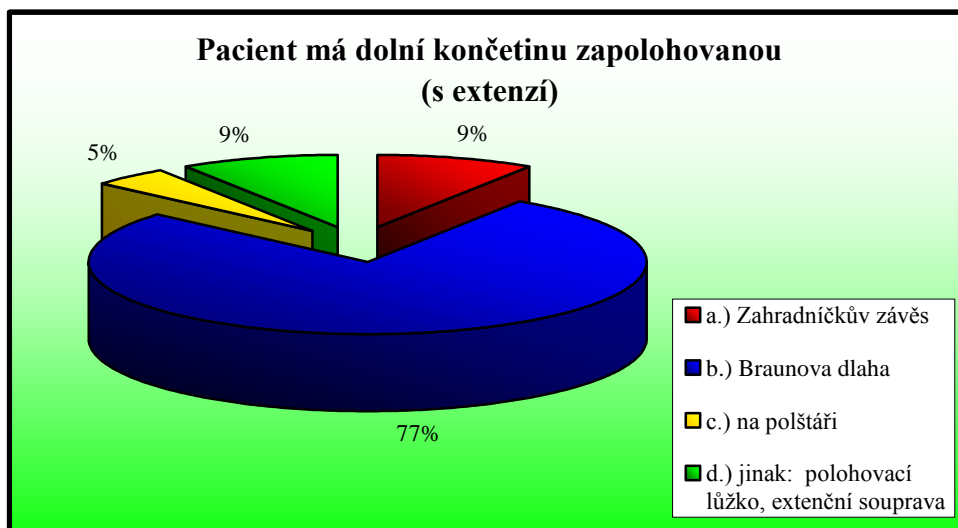
### 17. Pacient má dolní končetinu zapoložovanou ( s extenzí ) :

Pacient má zapoložovanou dolní končetinu s extenzí v 77 % na Braunově dlaze, v 9 % v Zahradníčkově závěsu, v 9 % je uvedena jiná možnost (viz. tabulka 18) a 5 % pracovišť polohuje dolní končetinu na polštáři.

**Tabulka 18**

a.) Zahradníčkův závěs	2
b.) Braunova dlaha	17
c.) na polštáři	1
d.) jinak: polohovací lůžko, extenční souprava	2

**Graf 18**



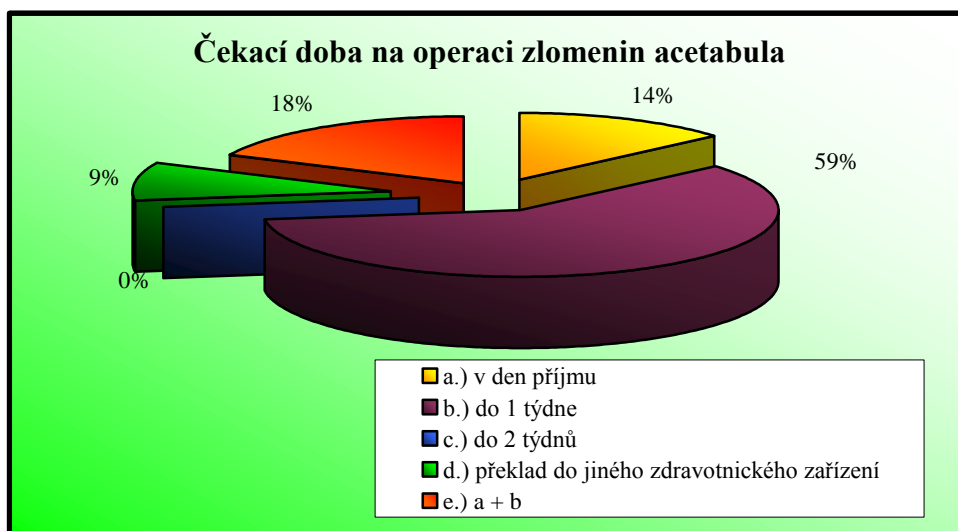
## 18. Jaká je čekací doba na operaci zlomenin acetabula na Vašem pracovišti ?

Operace zlomenin acetabula se provádí v polovině (59 %) dotazovaných zařízení do 1 týdne, 18 % zařízení provádí operaci v den příjmu, nebo maximálně do týdne dle stavu pacienta. 14 % pracovišť v den příjmu a 9 % neoperuje, překládá pacienty do jiného zdravotnického zařízení.

**Tabulka 19**

a.) v den příjmu	3
b.) do 1 týdne	13
c.) do 2 týdnů	0
d.) překlad do jiného zdravotnického zařízení	2
e.) a + b	4

**Graf 19**



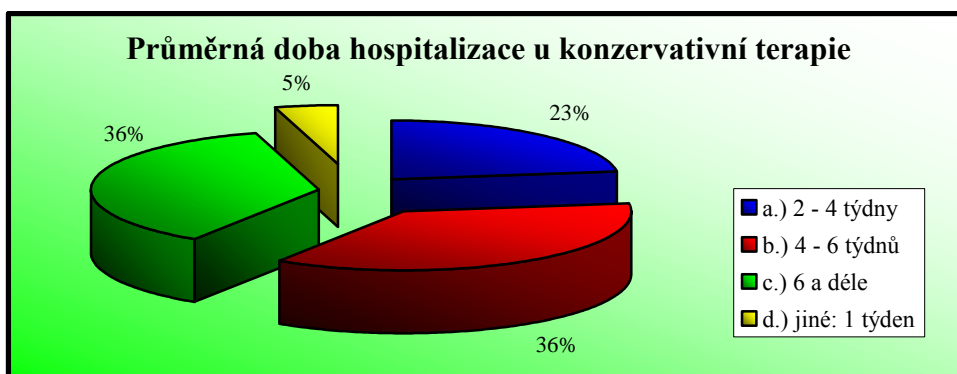
**19 - 20. Průměrná doba hospitalizace u pacienta se zlomeninou acetabula u konzervativní a operační terapie na Vašem pracovišti je ?**

Hospitalizace pacientů u konzervativní terapie je v 8 zařízeních 4 - 6 týdnů, v dalších 8 zařízeních 6 týdnů a déle. V 5 zařízeních hospitalizují pacienti 2 - 4 týdny a v jednom zařízení 1 týden. U operační terapie jsou pacienti v 55 % zařízení hospitalizováni 2 - 4 týdny, 27 % pracovišť hospitalizuje pacienti 0 - 2 týdny a 18 % 4 - 6 týdnů.

**Tabulka 20**

a.) 2 - 4 týdny	5
b.) 4 - 6 týdnů	8
c.) 6 a déle	8
d.) jiné: 1 týden	1

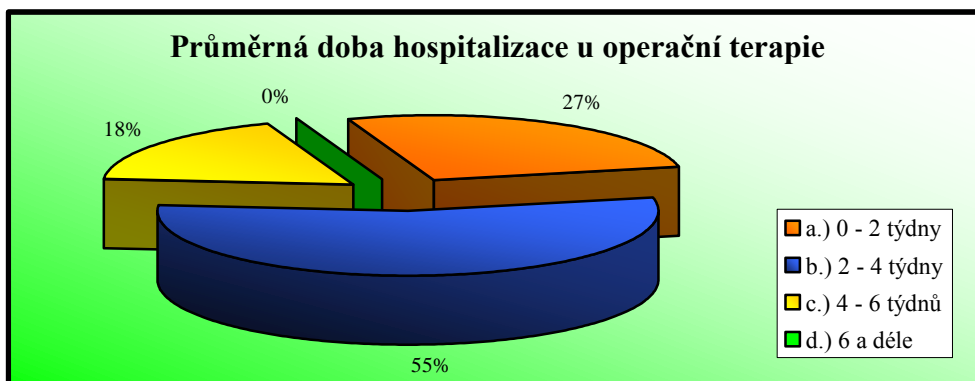
**Graf 20**



**Tabulka 21**

a.) 0 - 2 týdny	6
b.) 2 - 4 týdny	12
c.) 4 - 6 týdnů	4
d.) 6 a déle	0

**Graf 21**





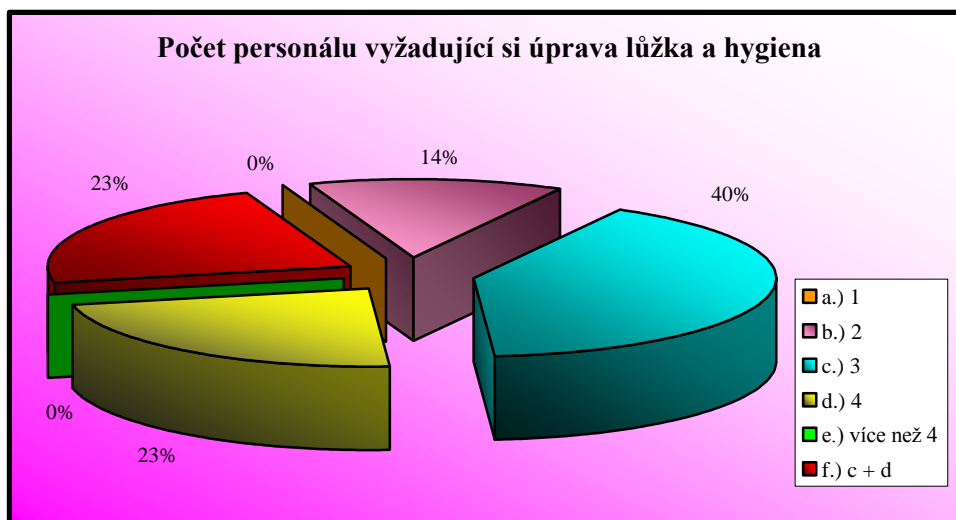
**21. Jaký počet ošetrovateľského personálu vyžaduje podľa Vás úprava lôžka a hygienická péče u pacienta se zlomeninou acetabula ?**

Úprava lôžka a hygiena pacientů se zlomeninou acetabula vyžaduje dle dotazovaných pracovníšť 3 - 4 osoby.

**Tabulka 22**

a.) 1	0
b.) 2	3
c.) 3	9
d.) 4	5
e.) více než 4	0
f.) c + d	5

**Graf 22**



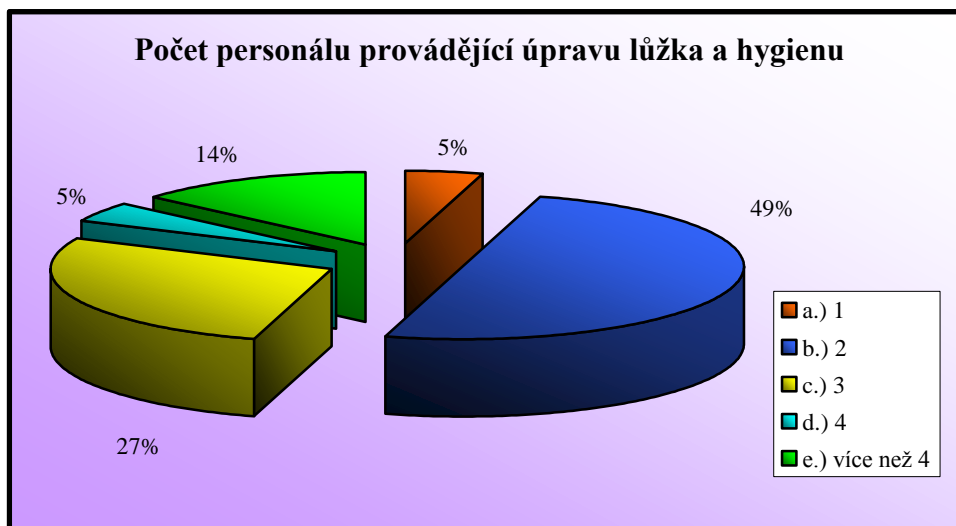
## 22. Jaký počet personálu na Vašem pracovišti tuto péči provádí ?

Ve 49 % pracovišť hygienu a úpravu lůžka provádějí 2 osoby, ve 27 % jsou to 3 osoby a je zajímavé, že ve 14 % pracovišť provádí tuto péči více než 4 osoby.

**Tabulka 23**

a.) 1	1
b.) 2	11
c.) 3	6
d.) 4	1
e.) více než 4	3

**Graf 23**



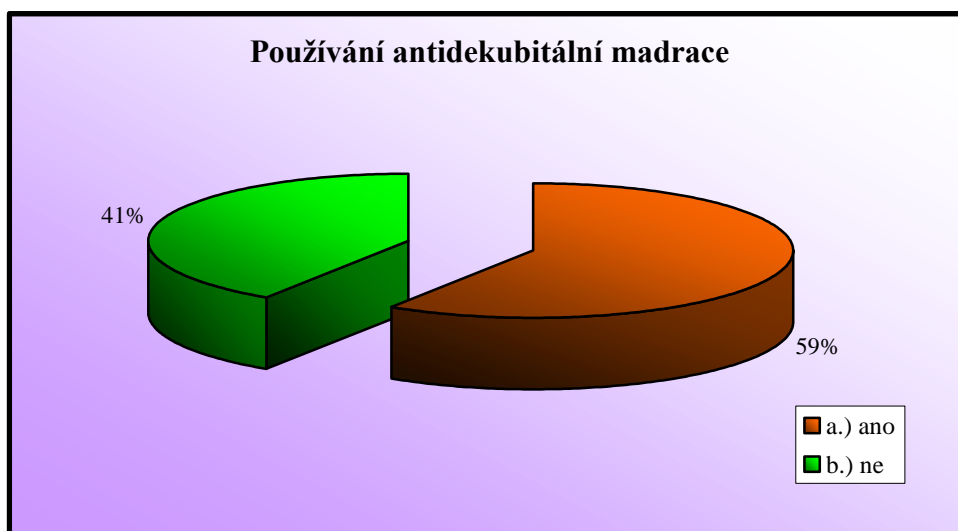
### 23. Používáte u pacienta zlomeninou acetabula antidekubitální matrace ?

Antidekubitální matrace u pacientů se zlomeninou acetabula, jak je dle výsledků vidět, používá zhruba polovina zařízení.

**Tabulka 24**

a.) ano	13
b.) ne	9

**Graf 24**



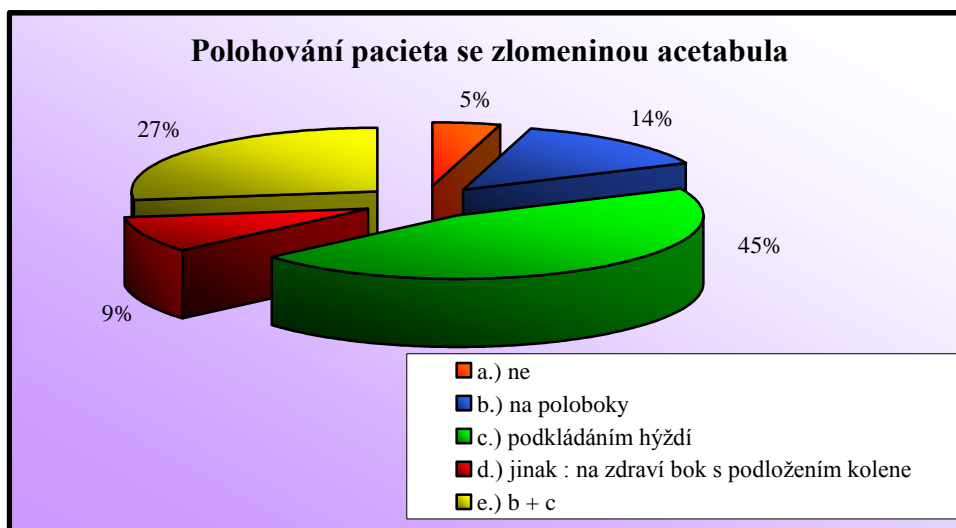
## 24. Polohujete pacienta se zlomeninou acetabula ?

45 % zařízení polohuje pacienty podkládáním hýždí, 27 % podkládáním hýždí a na poloboky.

**Tabulka 25**

a.) ne	1
b.) na poloboky	3
c.) podkládáním hýždí	10
d.) jinak : na zdraví bok s podložením kolene	2
e.) b + c	6

**Graf 25**



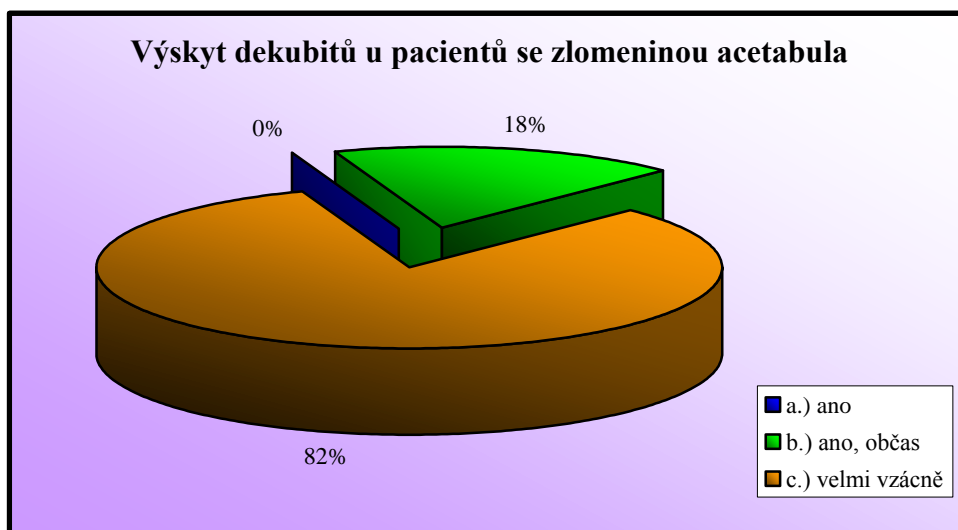
**25. Dochází na Vašem pracovišti k výskytu dekubitů u pacientů se zlomeninou acetabula ?**

Potěšilo mě, že výskyt dekubitů je velmi vzácný v 82 % zařízení.

**Tabulka 26**

a.) ano	0
b.) ano, občas	4
c.) velmi vzácně	18

**Graf 26**



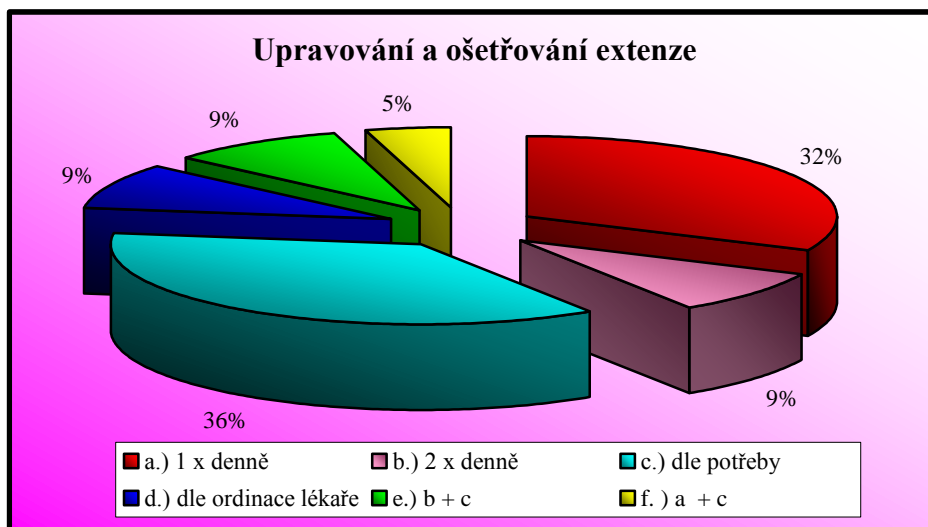
## 26. Jak často upravujete, ošetřujete extenzi ?

36 % zařízení pečuje a upravuje trakci dle potřeby, 32 % zařízení jednou denně.

**Tabulka 27**

a.) 1 x denně	7
b.) 2 x denně	2
c.) dle potřeby	8
d.) dle ordinace lékaře	2
e.) b + c	2
f.) a + c	1

**Graf 27**



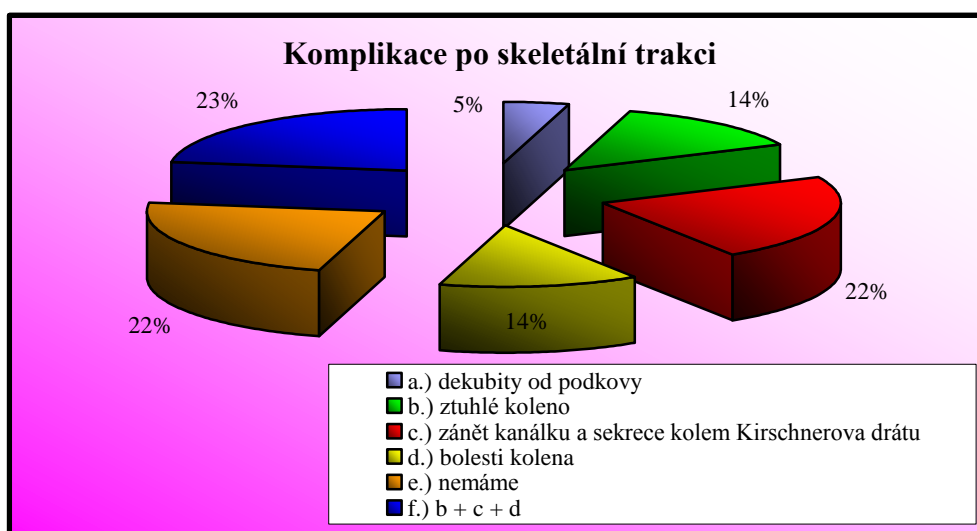
## 27. Jaké jsou komplikace po skeletální trakci na Vašem pracovišti ?

22 % zařízení nemá žádné komplikace po skeletální trakci.

**Tabulka 28**

a.) dekubity od podkovy	1
b.) ztuhlé koleno	3
c.) zánět kanálku a sekrece kolem Kirschnerova drátu	5
d.) bolesti kolena	3
e.) nemáme	5
f.) b + c + d	5

**Graf 28**



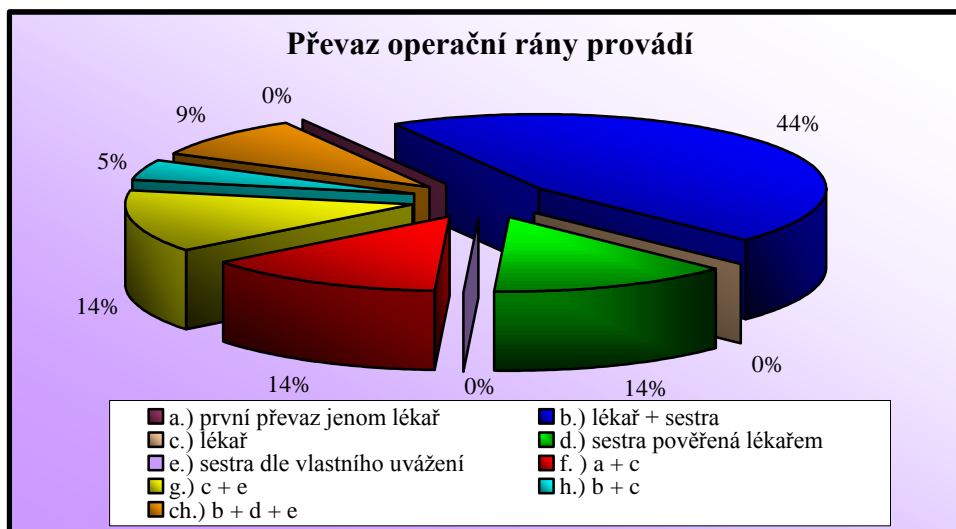
## 28. Kdo provádí převaz operační rány na Vašem pracovišti ?

Ve 44 % zařízení převaz operační rány provádí lékař a sestra.

**Tabulka 29**

a.) první převaz jenom lékař	0
b.) lékař + sestra	10
c.) lékař	0
d.) sestra pověřená lékařem	3
e.) sestra dle vlastního uvážení	0
f.) a + c	3
g.) c + e	3
h.) b + c	1
ch.) b + d + e	2

**Graf 29**





**29. Jaká je spolupráce rodiny při ošetrovatelských úkonech u pacientů se zlomeninou acetabula ?**

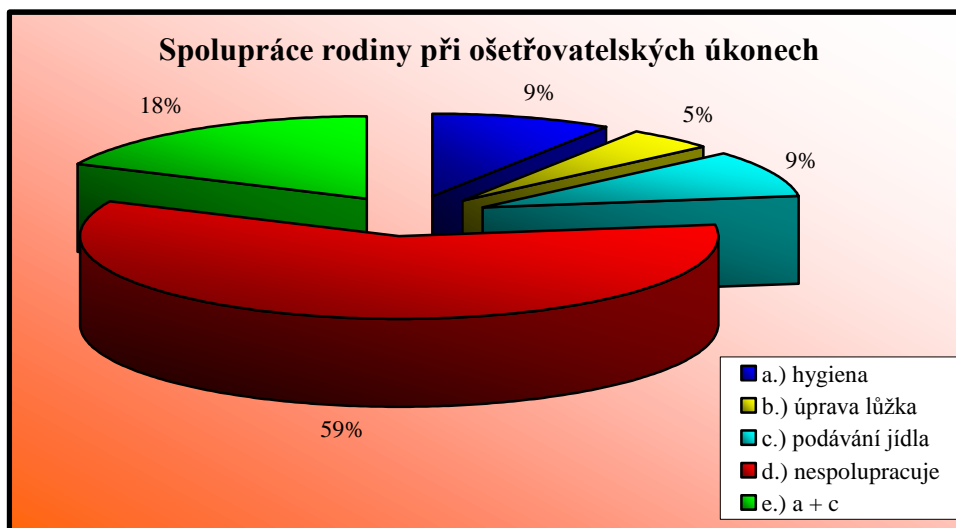
V 59 % zařízeních rodina nespolupracuje při žádných ošetrovatelských úkonech.

V 18 % pomáhá s hygienou a s podáváním jídla.

**Tabulka 30**

a.) hygiena	2
b.) úprava lůžka	1
c.) podávání jídla	2
d.) nespolupracuje	13
e.) a + c	4

**Graf 30**



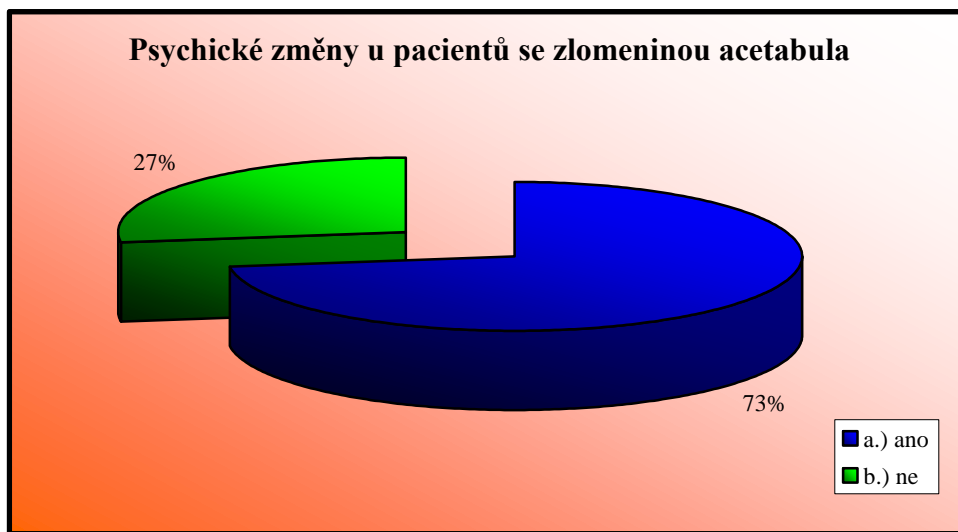
### 30. Pozorujete u pacientů se zlomeninou acetabula psychické změny ?

73 % zařízení pozoruje psychické změny u pacientů se zlomeninou acetabula.

**Tabulka 31**

a.) ano	16
b.) ne	6

**Graf 31**



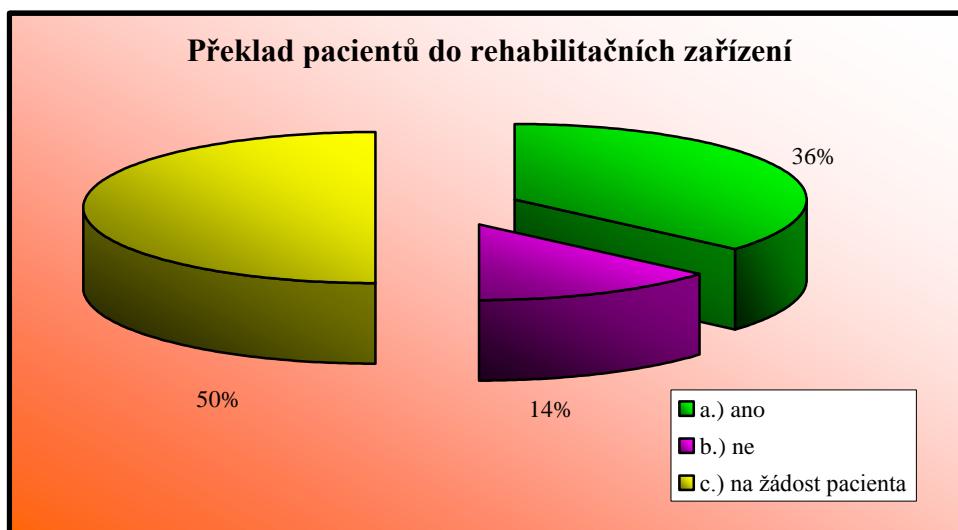
### 31. Po ukončení hospitalizace překládáte pacienty do následného rehabilitačního zařízení ?

Polovina zařízení překládá pacienty do následného rehabilitačního zařízení na žádost pacienta, v 36 % zařízení navazuje následní rehabilitační péče na hospitalizaci.

**Tabulka 32**

a.) ano	8
b.) ne	3
c.) na žádost pacienta	11

**Graf 32**



## 11. Diskuse

Rozdala jsem 30 dotazníků na 30 pracovišť v České republice, kde ošetřují pacienty se zlomeninou jamky kyčelního kloubu. V průzkumu byla oddělení chirurgická i ortopedická.

Průměrný věk respondentek byl 31 - 40 let (41 %), ženského pohlaví (100 %). Zarazilo mne, že jenom dvě respondentky mají vysokoškolské vzdělání. Příjemným překvapením bylo, že 86 % má pomaturitní specializační studium. Respondentky v tomto dotazníkovém šetření byly hlavně staniční sestry - 46 % - a vrchní sestry - 36 % - s praxí ve zdravotnictví delší 16ti let (68 %).

Personální obsazení denní směny na dotazovaných pracovištích (68 %) jsou dvě sestry a jeden nižší zdravotnický personál. Zajímavým zjištěním bylo, že jsou i oddělení, kde je možné mít tři sestry a tři nižší zdravotnický pracovníky na směnu, nebo taky že jenom v jednom zařízení z 22 pracují skupinovým systémem a mají pět sester na směnu.

Lůžkové obsazení v 55 % zařízení je 21 - 30 lůžek, v 36 % je to víc než 31 lůžek. Potěšilo mne, že na všech pracovištích mají provozní řád a Práva pacientů, které jsou umístěné na sesterně, na chodbě a v pokojích pacientů, kde si pacient může Práva pacientů v klidu přečíst, pokud není přímo poučen sestrou. Pacienti jsou s nimi obeznámeni buď při příjmu, nebo v průběhu hospitalizace. Dvě zařízení přiznala, že pacienty s jejich právy vůbec neobeznamují, buď zapomínají, nebo nemají čas (bylo by vhodné umístit Práva pacientů alespoň na pokoje). Přestože spolupráce s pacientem je lepší při dostatečném informování pacienta lékařem o jeho nemoci a postupu léčby, musím konstatovat, že ne ve všech zařízeních tyto informace pacienti dostávají. Z průzkumu vidíme, že v 50 % zařízení je informovanost částečná a v 18 % nedostatečná. Při neúplném informování lékařem mnohdy pacient podléhá různým dezinformacím, prohlubuje se u něj strach a obavy.

Všechna dotazovaná zařízení ošetřují pacienty se zlomeninou acetabula. Počet ošetřených pacientů a s touto diagnózou záleží na spádu daného zařízení, 36 % ošetří více než -li 21 pacientů, 32 % 6 - 10 pacientů, 23 % 11 - 20 pacientů za rok, s průměrným věkem v 63 % je to 41 - 60 let.

Ošetřování pacientů v 41 % zařízení velice náročné psychicky a fyzicky, v 41 % náročné fyzicky a psychicky. Z šetření vidíme, že sestry vnímají ošetřování pacientů se

zlomeninou acetabula jako opravdu náročnou práci, tento výsledek mě nepřekvapil, jenom to potvrdilo moje očekávání. 50 % zařízení ošetřuje tyto pacienty operačním postupem, 36 % zařízení provádí i náročné operační řešení a 14 % provádí pouze konzervativní ošetření.

50 % zařízení provádí hygienickou péči u příjmu pacientů se zlomeninou acetabula jenom omytím pacienta na lůžku, 36 % provádí celkovou koupel na lůžku. Tento výsledek mě překvapil, protože jenom 14 % provádí celkovou koupel v koupelně. Jsem zvyklá provádět celkovou hygienu v koupelně u každého příjmu i v těžkém stavu. Při provádění hygieny a nasazování extenze personál tráví dlouhou dobu s pacientem, který je následkem těžkého úrazu vytržen z normálního života a pracovního procesu. Pacient vidí, že mu personál chce pomoci, povídají si o dalším postupu při ošetrovatelských úkonech a tak získává pacienta pro další spolupráci. Na našem pracovišti je to standardní postup u každého akutního příjmu (s výjimkou pacientů ve velmi těžkém stavu, který vyžaduje okamžitý přesun na jednotku intenzivní péče).

Při ošetrování pacientů se zlomeninou acetabula se v 71 % zařízení používá skeletální trakce, ve 24 % používají kombinaci skeletální a náplast'ové extenze. Je zajímavé, že z několika zařízení mi zakroužkovali používání jiné extenze - Kirschnerovy, zařadila jsem ji k odpovědi skeletální extenze, protože tzv. Kirschnerova trakce je navrtání Kirschnerova drátu přes skelet. Naložení se v 81% provádí v den příjmu a v 41 % zařízení naložení provádí každá sestra, v 32 % zařízení zkušená sestra. Překvapením pro mne je, že naložení v 18 % zařízení provádí lékař. V našem zařízení se pořádají pravidelné klinické semináře pro sestry ohledně extenzí, kdy se sestry učí správně a jakým způsobem nakládat extenze. Správné naložení trakce je velmi důležité, ne jenom z hlediska terapeutického, ale také z hlediska psychické a fyzické pohody pacienta, který má naloženou extenzi v 54 % zařízení 3 - 6 týdnů, jedno zdravotnické zařízení překládá pacienty po 1 týdnu od naložení trakce na lůžka následné péče k odležení a po 6ti týdnech přijímá zpět k odstranění extenze a následní rehabilitaci. u konzervativní a v 27 % zařízení 3 - 4 týdny u operační terapie. Je zajímavé, že 41 % pracovišť má naloženou trakci u operační terapie jenom 1 - 2 týdny. Nepřísluší mi posuzovat délku naložení extenze z terapeutického hlediska. Určitě je pro pacienty z ošetrovatelského hlediska příjemnější krátkodobá trakce, kdy se snižují také komplikace po zavedení této trakce, také se snižují komplikace z dlouhodobé

imobilizace na lůžku. Ale toto rozhodnutí záleží na zvyklostech pracoviště a na správném úsudku operátora. Správnost tahu trakce kontroluje lékař.

Dolní končetina s naloženou extenzí je zapoložována v 77 % zařízení na Braunově dlazi, 9 % pracovišť polohuje dolní končetinu do Zahradníčkova závěsu a 9 % polohuje na polohovacím lůžku, nebo na extenční soupravě. Na našem pracovišti používáme Braunovu dlahu i Zahradníčkův závěs, proto můžeme porovnat toto zapoložování pacientů. Výhodou Zahradníčkova závěsu (viz obr.) je, že dolní končetina s extenzí je nad lůžkem a tím je ulehčena manipulace s pacientem, nemusíme dolní končetinu zvedat a tím působit bolest pacientovi.

Průměrná čekací doba na operaci u pacientů se zlomeninou acetabula je v 59 % zařízení do jednoho týdne, v 18 % je operace provedena v den příjmu, nebo do jednoho týdne. 14 % zařízení provádí operaci hned v den příjmu, 9 % uvedlo překlad na operaci do jiného zdravotnického zařízení. Plánovanou operací mají zdravotníci čas připravit pacienta, aby byl v co nejlepší kondici.

Délka hospitalizace u pacientů s konzervativní terapií je v 36 % zařízení 4 - 6 týdnů, v dalších 36 % zařízení je to více než 6 týdnů a v 23 % případů jsou hospitalizováni 2 - 4 týdny. U operačního postupu je doba hospitalizace v 55 % zařízení 2 - 4 týdny v 27 % je to maximálně 2 týdny. 18 % pracovišť hospitalizuje pacienty 4 - 6 týdnů. U krátkodobé hospitalizace posílají automaticky pacienty do následního rehabilitačního zařízení.

Počet ošetrovatelského personálu, který je zapotřebí k úpravě lůžka a hygieně pacienta se zlomeninou jamky kyčelního kloubu jsou podle 40 % zařízení 3 osoby, 23 % zařízení uvádí 4 osoby, dalších 23 % zařízení 3 - 4 osoby. Tuto péči vykonávají v 49 % 2 osoby, v 27 % 3 osoby. Záleží na spolupráci pacienta a jeho konstituci. 59 % pracovišť používá antidekubitální matrace. Polohování těchto pacientů je nevyhnutné a ne příliš jednoduché, hlavně při dlouhodobém upoutání na lůžku s trakcí. Pacienti se polohují podkládáním hýždí a opatrně na poloboky. Je potěšujícím zjištěním, že v 82 % je výskyt dekubitů velmi vzácně, což svědčí o kvalitní ošetrovatelské péči. Extenzi ošetřuje a upravuje 36 % pracovišť dle potřeby a 32 % jednou denně. Úprava extenze, prevence dekubitů a kontrola funkčnosti alespoň 2x denně je nutná. Ošetření kolem Kirschnerova drátu záleží na sekreci kolem drátu. Jestli je bez sekrece, stačí jednou denně převaz - dezinfekce a odstranění strupů kolem drátu. Komplikace po skeletální trakci je ve 22 % zánět kanálku a sekrece kolem Kirschnerova drátu. V dalších 22 % je to kombinace zánětu, sekrece, bolesti kolene a ztuhlé koleno, tím se komplikuje

následná rehabilitace. 22 % zařízení komplikace nemá a v 5 % jsou to dekubity od podkopy. Převoz operční rány provádí ve 44 % pracovišť lékař a sestra. 14 % převazů provádí sestra pověřená lékařem a 14 % sestra dle vlastního uvážení. Sestra provádí převaz dle vlastního uvážení například při úpravě lůžka, kdy je krytí rány úplně prosákle a je potřeba ho vyměnit. Sestra zkontroluje vzhled rány, sterilně převáže a informuje lékaře o převazu a vzhledu rány. Spolupráce rodiny s ošetrovatelskými úkony je v 18 % pracovišť s hygienou a podáváním jídla. V 59 % rodina nespolupracuje. Myslím, že stačí příbuzné poprosit, zeptat se, jestli nechtějí vykoupat pacienta, že jim pomůžeme, ukážeme, poučíme je. Pacientům je to příjemné a nám to ulehčí práci. U pacientů se zlomeninou acetabula v 73 % pozorujeme psychické změny. Respondentky uvedly: deprese, psychickou labilitu, plačtivost, úzkost, stres, nejistotu, nervozitu, bezmoc, obavy ze ztráty zaměstnání a nemožnost se postarat o sebe sama. Po ukončení hospitalizace automaticky překládají pacienty do následného rehabilitačního zařízení ve 36 % zdravotnických zařízení. 50 % zařízení překládá na požádání pacienta. Záleží i na pacientovi, má-li pocit nejistoty, tak je na místě předat pacienta dále do rehabilitačního zařízení. Moje zkušenost je taková, že pacienti po 4 - 6ti týdenní hospitalizace touží po domově a péče našich fyzioterapeutů dovede pacienta k soběstačnosti.

V závěru dotazníku měly respondentky prostor pro doplnění některých důležitých věcí, na které jsem se zapomněla zeptat, co se týká ošetřování pacientů se zlomeninou jamky kyčelního kloubu. Připsány byly informace ohledně rehabilitace na oddělení, cvičení pacientů 2 x denně s fyzioterapeutem. Po ukončení hospitalizace překládá na oddělení rehabilitace v areálu nemocnice. Další připomínka se týkala důležitosti péče o pravidelné vyprázdnování.

## 12. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se soustřeďuje na ošetrovatelskou péči o pacienty se zlomeninou jamky kyčelního kloubu. Mým hlavním cílem v teoretické části bylo popsat ošetrovatelskou péči o tyto pacienty na Ortopedické klinice ve FN Na Bulovce a zmapovat způsoby péče v jiných zdravotnických zařízeních. Léta jsem pracovala na traumatologickém oddělení a ošetřovala pacienty s touto diagnózou. Pro sestru je to velice namáhavá práce, provést celkovou koupel v koupelně u ležícího pacienta s čerstvým úrazem pánve, naložit extenzi, aby byla funkční, to vyžaduje trpělivost a je to časově velmi náročné. Manipulace s pacientem vyžaduje i několik osob a při sestavě služby dvě sestry a jeden sanitář, je to opravdu velice náročná práce. Na základě svých poznatků a zkušeností jsem ve spolupráci s protetickou firmou zlepšila u nás používaný Zahradníčkův závěs a náplast'ovou - ortézovou extenzi. Tím se nám usnadnila práce s extenzí a zlepšila manipulace s dolní končetinou. Pacient s touto problematikou je delší dobu připoután k lůžku, je omezen v základních potřebách a odkázán na péči zdravotnického personálu. Moje šetření bylo zaměřeno na způsoby péče o tyto pacienty v různých zdravotnických zařízeních.

Z šetření vyplývá, že ošetřování pacientů s touto zlomeninou je velice náročné. Obsazení služeb v našich zdravotnických zařízeních k počtu lůžek je nedostatečné, ale ošetrovatelská péče, jak je možno vidět dle výskytu dekubitů u těchto pacientů, je na dobré úrovni. Polemizovat by se dalo o hygienické péči při příjmu pacienta. Většina zařízení provádí hygienu jenom na lůžku, nevím, zda je tato péče dostatečná, ale celková koupel v koupelně je náročná jak pro pacienta, tak pro personál. Co se týče úpravy a ošetřování extenze - provádění jednou denně je poněkud nedostatečné a proto by měla sestra pravidelně (několikrát denně) hlídat funkčnost tahu, také ošetření kolem drátu z hlediska prevence komplikací, které jsou časté (záněty kanálku, sekrece, bolesti a ztuhlost kloubu) a prodlužují tím následnou rehabilitaci (omezení flexe kolene). V mnohých zařízeních nefunguje spolupráce rodiny a příbuzných v péči o tyto pacienty. Otázkou zůstává zda zdravotnický personál umí vhodně začlenit rodinné příslušníky do ošetrovatelského procesu, vysvětlit způsoby manipulace s pacientem, pohovořit např. o psychických problémech, které u nemocného vyvstaly a v kterých by rodina či jiní blízcí mohli být nápomocni. Nemohu porovnávat ani posuzovat způsoby a délku léčby



či hospitalizace jednotlivých zařízení , ale jednoznačné je že dlouhodobá hospitalizace nepůsobí příznivě na psychiku pacienta.

K usnadnění péče o tyto pacienty pomůže dostatečné množství kvalifikovaného ošetrovatelského personálu, soustavné vzdělávání sester, seznamování se s novými metodami a dostatečné množství pomůcek (aby sestra nemusela improvizovat). To vše vede k zlepšení pracovních podmínek personálu na pracovišti a zvýšení spokojenosti pacientů.

Ošetrování pacientů se zlomeninou jamky kyčelního kloubu je z hlediska ošetrovatelské péče velice náročné a problematické. Věřím, že práce, kterou předkládám, je toho důkazem. Budu ráda, pokud moje práce přispěje k vytvoření ucelenějšího obrazu o složité situaci těchto pacientů i z tohoto důvodu, že u nás neexistuje dostatek literatury k popsání problematice.

### 13. Anotace

<b>Autor:</b>	Beáta Talpasová
<b>Instituce:</b>	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
<b>Název práce:</b>	Ošetrování pacientů se zlomeninou jamky kyčelního kloubu
<b>Vedoucí práce:</b>	MUDr. Tomáš Malkus, Bc. Daniela Šauerová
<b>Počet stran:</b>	89
<b>Počet příloh:</b>	2
<b>Rok obhajoby:</b>	2007
<b>Klíčová slova:</b>	Acetabulum, zlomenina acetabula, extenze skeletální, extenze náplast'ová, ošetrovatelská péče

Bakalářská práce pojednává o způsobu ošetrování pacientů se zlomeninou jamky kyčelního kloubu na Ortopedické klinice IPVZ a I.LF UK ve FN Na Bulovce. Popisuje anatomii acetabula, patogenezi a klasifikaci zlomenin, způsoby ošetření, ošetrovatelské postupy u pacienta s touto diagnózou, hygienu, naložení extenze, prevenci komplikací z dlouhodobého pobytu na lůžku, psychiku nemocného, předoperační a pooperační péči.

Těžiště práce tvoří průzkumné šetření porovnání způsobu a náročnosti ošetrování o tyto pacienty ve dvaadvaceti zdravotnických zařízeních v České republice. Většina respondentek byly sestry se specializací ve funkci vrchní, nebo staniční sestry s dlouholetou praxí.

The bachelor work attends the means of nursing the patients with acetabular fracture at The Orthopaedic Clinic of IPVZ and 1. LF UK in The Faculty Hospital Na Bulovce. It describes acetabular anatomy, pathogenesis and classification of this fracture, ways of treatment, nursing procedures by patients with this diagnose, hygiene, extension types, prevention of complications due to long confinement to bed, psyche of patients, preoperative and postoperative care.

The centrepoint of the work is constituted by trial investigation to compare the ways and fastidiousness of nursing these patients in 22 medical facilities in the Czech Republic. Most respondents were nurses with specialization in function of ward nurse or head nurse with long time praxis.

## 14. Literatura a prameny

1. BARTOŠÍKOVÁ, I., JIČÍNSKY, V., JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J. *Kapitoly z psychologie*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80 - 7013 - 288 - 4, s. 53,186, 168
2. BEARE, P.G., MYERS, J. L. *Principles and practice of adult health nursing*, second edition St. Louis: Mosby, 1994. ISBN 0 - 8016 - 6856 - 5
3. EWERBECK,V., WENTZENSEN, A. *Standardverfahren in der operativen Orthopedie und Unfallchirurgie*, Stuttgart: Tyjeme, 2004. ISBN 3 - 13 - 100532 - 7, s. 37 - 38
3. FENEIS, H. *Anatomický obrazový slovník*, Praha: Grada, 1996. ISBN 80 - 7169 - 197 - 6, s. 42
5. ČIHÁK, R. *Anatomie 1*, 2. vydání Praha: Grada, 2001. ISBN 80 - 7169 - 970 - 5, s. 256 - 259
6. KOUDELA, K. a kol., *Ortopedická traumatologie*, Praha: Karolínium, 2002. ISBN 80 - 246 - 0392 - 6
7. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 2*, Martin: Osveta, 1995. ISBN 80 - 217 - 0528 -0
8. *LEMON I*, 1. vydání Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN 80 - 7013 - 234 - 5, s. 52 - 53
9. *LEMON III*, 1. vydání Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN 80 - 7013 - 244 - 2
10. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatel'ství I díl*, Praha: Karolínium, 2003, ISBN 80 - 246 - 0429 - 9

- 11.** MĚSKÁ NEMOCNICE OSTRAVA, *Zlomeniny pánve a acetabula*, Průvodce nemocí.[cit.2007-03-14]. Dostupné na [http://www.mnof.web4u.cz/pruvodce/zlomeniny\\_panve\\_a\\_aceatabula.php](http://www.mnof.web4u.cz/pruvodce/zlomeniny_panve_a_aceatabula.php)
- 12.** MIKŠOVÁ, Z. FROŇOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M., *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*, aktualizované a doplněné vydání, Praha: Grada, 2002. ISBN 80 - 247 - 1442 - 6
- 13.** MIKULA, J. *Prevence vzniku dekubitů*, brožura, Praha: Soral a Hanzlík, s.r.o., 2002, s.5, 12, 25
- 14.** MÜLLER, I. *Ortopedie pro zdravotní sestry*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. ISBN 80 - 7013 - 154 - 3, klíčové pojmy
- 15.** *OŠETŘOVATELSTVÍ*, výukový web pro studenty Vyšší odborné školy a Střední školy zdravotnické J. E. Turkyň v Mostě. [cit.2007-03-14]. Dostupné na [http://www.szs-most.cz/ose/osetr\\_nemoc\\_extenzi.htm](http://www.szs-most.cz/ose/osetr_nemoc_extenzi.htm)
- 16.** POKORNÝ, V. a kol., *Traumatologie*, Praha: Triton, 2002. ISBN 80 - 7254 - 277 - X, s. 181 - 184
- 17.** ŠRÁKOVÁ, M. *Základy ošetrovatelství*, Praha: Karolínium, 2006. ISBN 80 - 246 - 1091 - 4
- 18.** TRACHTOVÁ, E. a kol., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2. vydání Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80 - 7013 - 324 - 4, s. 51 - 53
- 19.** TYPOVSKÝ, M. a kol., *Traumatologie pohybového ústrojí II*, Praha: Avicenum, 1972. 735 - 21 - 08/16, 08 - 071 - 72, s. 690 - 691
- 20.** Workman, B. A., BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester*, 1. vydání, Praha: Grada, 2006, ISBN 80 - 247 - 1714 - X

**21.** ZEMAN, M. a kol., *Speciální chirurgie*, Praha: Galen, 2001. ISBN 80 - 7262 - 093 - 2, 80 - 246 - 0244 - X, s. 464 - 465

## **15. Seznamy**

### **15.1 Seznam zkratek**

**CT** - počítačová tomografie

**CT 2D** - počítačová tomografie dvojrozměrná

**CT 3D** - počítačová tomografie trojrozměrná

**EKG** - elektrokardiograf

**FN** - fakultní nemocnice

**IPVZ** - institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví

**obr** - obrázek

**rtg** - rentgenové vyšetření

**TK, P** - krevní tlak, pulz

**tzv** - takzvaný

**SONO** - ultrazvukové vyšetření

### **15.4 Seznam příloh**

Příloha č. 1 dotazník

Příloha č. 2 fotografie

## Příloha č.1

### DOTAZNÍK

**Milé kolegyně, kolegové,**

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. Jmenuji se Beáta Talpasová a jsem studentkou 4. ročníku oboru Ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Píši bakalářskou práci na téma „ Ošetřování pacientů se zlomeninou acetabula“. Zodpovězením těchto otázek bych ráda přispěla ke zkvalitnění péče o tyto nemocné a poukázala na **náročnost péče** a proto věřím, že mi pomůžete. Připomínám, že dotazník je anonymní a **předem Vám děkuji za jeho vyplnění.**

#### Základní údaje :

<b>Věk</b>	20-30	31-40	41-50	51 a více
<b>Pohlaví</b>	žena	muž		
<b>Vzdělání</b>	SZŠ	SZŠ+ specializace	VZŠ	VŠ
<b>Praxe ve zdrav.</b>	1-5	6-10	11-15	16 a více
<b>Pracujete jako</b>	zdrav.sestra	staniční sestra	vrchní sestra	

**Můžete zakroužkovat i více odpovědí. Při omylu přeškrtněte.**

#### **1. Jaké je personální obsazení na Vašem pracovišti na směnu ?**

- a.) 1 sestra + 1 NZP
- b.) 2 sestry + 1 NZP
- c.) 2 sestry + 2 NZP
- d.) jiný, uveď jaký .....

#### **2. Jaký je počet lůžek na vašem oddělení ?**

- a.) 10-15
- b.) 16-20
- c.) 21-30
- d.) 31 a více

#### **3. Máte na oddělení provozní řád a Práva pacientů ?**

- a.) na sesterně
- b.) na pokojích pacientů
- c.) na chodbě
- d.) ne nemáme

#### **4. Kdy jsou pacienti obeznámeni s Právy pacientů ?**

- a.) při příjmu
- b.) v průběhu hospitalizace
- c.) nejsou, není čas
- d.) zapomíná se

- 5. Je podle Vás pacient lékařem dostatečně informován o nemoci a následné léčbě?**
- a.) není
  - b.) částečně
  - c.) úplně
- 6. Ošetřujete pacienty se zlomeninou acetabula ?**
- a.) ano
  - b.) ne
- 7. Kolik pacientů se zlomeninou acetabula ošetříte za rok ?**
- a.) 0-5
  - b.) 6-10
  - c.) 11-20
  - d.) 20 a více
- 8. Jaký je průměrný věk pacientů se zlomeninou acetabula na Vašem pracovišti ?**
- a.) 20-40
  - b.) 41-60
  - c.) 61 a více
- 9. Jaké je podle Vás ošetřování pacientů se zlomeninou acetabula ?**
- a.) nenáročné fyzicky
  - b.) nenáročné psychicky
  - c.) náročné fyzicky
  - d.) náročné psychicky
  - e.) velice náročné fyzicky i psychicky
- 10. Jaké je převládající ošetření pacienta se zlomeninou acetabula na Vašem pracovišti**
- a.) pouze konzervativní
  - b.) některé operační
  - c.) i náročné operační
- 11. Při příjmu pacienta se zlomeninou acetabula provádíte**
- a.) celkovou koupel v koupelně
  - b.) celkovou koupel na lůžku
  - c.) omytí pacienta na lůžku
  - d.) necháváme pacienta v klidu
- 12. Jaký druh extenze u pacientu se zlomeninou acetabula používáte ?**
- a.) skeletální
  - b.) náplast'ovou
  - c.) jinou, uveď jakou .....
  - d.) žádnou



- 13. Kdy provádíte naložení extenze, jestli ji používáte ?**
- a.) v den příjmu
  - b.) následující den
  - c.) bez extenze
  - d.) jenom po operaci
  - e.) jenom před operací
- 14. Kdo naložení extenze provádí ? ( ne navrtání drátu)**
- a.) sanitář
  - b.) každá sestra
  - c.) zkušená sestra
  - d.) sestra se specializací
  - e.) lékař
- 15. Jaká je průměrná doba extenze u konzervativní terapie na Vašem pracovišti ?**
- a.) 1-3 týdny
  - b.) 3-6 týdnů
  - c.) 6-9 týdnů
  - d.) 9 a více týdnů
- 16. Jaká je průměrná doba extenze u operační terapie na Vašem pracovišti ?**
- a.) 1-2 týdny
  - b.) 3-4 týdny
  - c.) 5-6 týdnů
  - d.) žádná
- 17. Pacient má dolní končetinu zapoložovanou ( s extenzí ) :**
- a.) Zahradníčkův závěs
  - b.) Braunova dlaha
  - c.) na polštáři
  - d.) jinak, uveď.....
- 18. Jaká je čekací doba na operaci zlomenin acetabula na Vašem pracovišti ?**
- a.) v den příjmu
  - b.) do 1 týdne
  - c.) do 2 týdnů
  - d.) překlad do jiného zdrav. zařízení
- 19. Průměrná doba hospitalizace u pacienta se zlomeninou acetabula u konzervativní terapie na Vašem pracovišti je ?**
- a.) 2-4 týdny
  - b.) 4-6 týdnů
  - c.) 6 a déle

**20. Průměrná doba hospitalizace pacienta se zlomeninou acetabula u operační terapie**

**na Vašem pracovišti je ?**

- a.) 0-2 týdny
- b.) 2-4 týdny
- c.) 4-6 týdnů
- d.) 6 a déle

**21. Jaký počet ošetrovatelského personálu vyžaduje podle Vás úprava lůžka a hygienická péče u pacienta se zlomeninou acetabula ?**

- a.) 1
- b.) 2
- c.) 3
- d.) 4
- e.) > 4

**22. Jaký počet personálu na Vašem pracovišti tuto péči provádí ?**

- a.) 1
- b.) 2
- c.) 3
- d.) 4
- e.) > 4

**23. Používáte u pacienta se zlomeninou acetabula antidekubitální matrace ?**

- a.) ano
- b.) ne

**24. Polohujete pacienta se zlomeninou acetabula ?**

- a.) ne
- b.) na poloboky
- c.) podkládáním hýždí
- d.) jinak, uveď.....

**25. Dochází na Vašem pracovišti k výskytu dekubitů u pacientů se zlomeninou acetabula ?**

- a.) ano
- b.) ano, občas
- c.) velmi vzácně

**26. Jak často upravujete, ošetřujete extenzi ?**

- a.) 1x denně
- b.) 2x denně
- c.) dle potřeby
- d.) dle ordinace lékaře

**27. Jaké jsou komplikace po skeletální trakci na Vašem pracovišti ?**

- a.) dekubity od podkovy
- b.) ztuhlé koleno
- c.) zánět kanálku a sekrece kolem Kirschnerova drátu
- d.) bolesti kolena
- e.) nemáme

**28. Kdo provádí převaz operační rány na Vašem pracovišti ?**

- a.) první převaz jenom lékař
- b.) lékař
- c.) lékař + sestra
- d.) sestra dle vlastního uvážení
- e.) sestra pověřená lékařem

**29. Jaká je spolupráce rodiny při ošetrovatelských úkonech u pacientů se zlomeninou acetabula ?**

- a.) hygiena
- b.) úprava lůžka
- c.) podávání jídla
- d.) nespolupracuje

**30. Pozorujete u pacientů se zlomeninou acetabula psychické změny ?**

- a.) ano, jaké.....
- b.) ne

**31. Po ukončení hospitalizace překládáte pacienty do následného rehabilitačního zařízení ?**

- a.) ano
- b.) ne
- c.) dle žádosti pacienta

**Děkuji Vám za čas, který jste tomuto dotazníku věnoval(a).**

Prosím projděte si ještě jednou celý dotazník, jestli jste nezapomněl(a) někde zakroužkovat svoji odpověď.

**Možná jsem se Vás zapomněla na něco důležitého zeptat ohledně ošetřování pacientů se zlomeninou acetabula, pokud chcete, napište mi to zde :**

Příloha č. 2

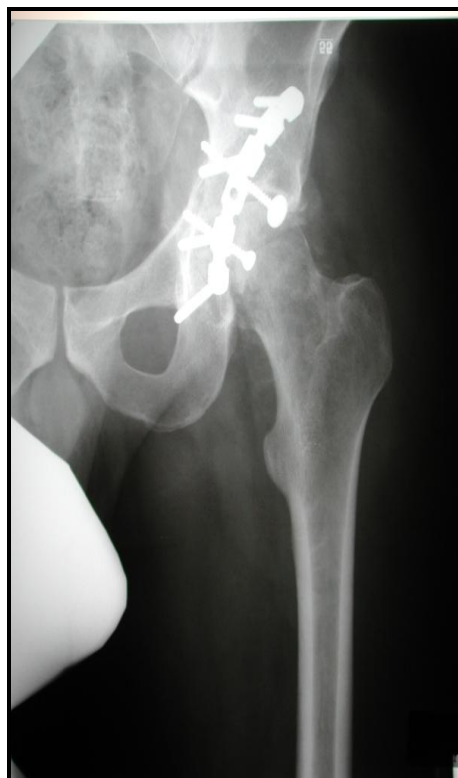
Obrázek 1 Zlomenina acetabula



Obrázek 2 Před operací



Obrázek 3 Po operaci



Obrázek 4 - Skeletální trakce



Obrázek 5



Obrázek 6 - Opěrná podložka

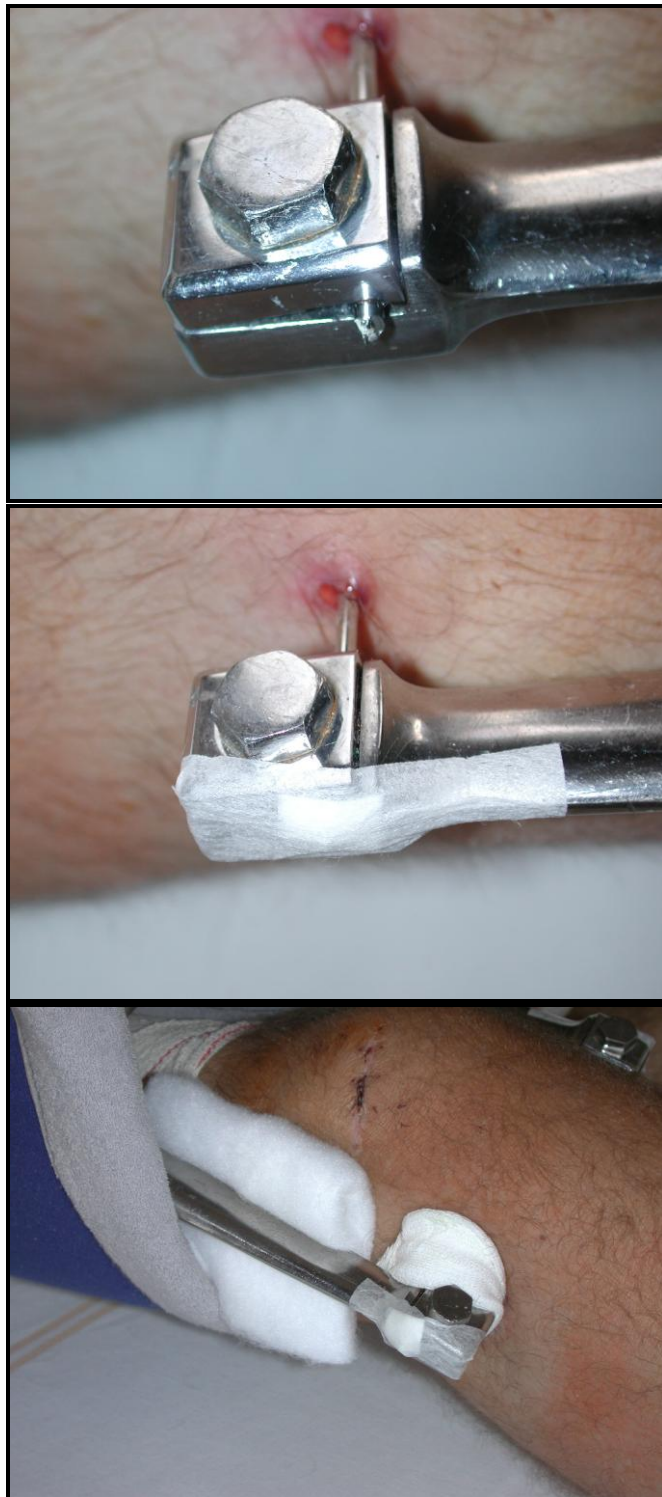


Obrázek 7 - Trendelerburgova poloha





Obrázek 8, 9, 10 - Ošetření Kirschnerova drátu



Obrázek 11 - Ortézová extenze



Obrázek 12





Obrázek 13 - Pacient v koupelně v hydraulické vaně



Obrázek 14 - Motodlaha





