

Jihočeská univerzita České Budějovice
Zdravotně sociální fakulta

Bakalářská práce

2009

Hana Adamčíková

Jihočeská univerzita České Budějovice
Zdravotně sociální fakulta

**Odlišnosti v ošetrovatelské péči u pacientů po operaci zlomenin pánve
a v konzervativní léčbě po úrazu pánve**

Bakalářská práce

Bc. Alena Polanová

2009

Hana Adamčíková

ABSTRACT:

Title of the thesis: Differences in nursing care of patients after operations of fractures of the pelvis and in the conservative treatment after a pelvic injury. To conduct this thesis, I chose two objectives and two hypotheses. Objective 1: To find out whether nurses know the difference in nursing care of patients after operations of fractures of the pelvis and in the conservative treatment after a pelvic injury. This objective is based on hypothesis 1: Nurses know the difference in nursing care of patients after operations of fractures of the pelvis and in the conservative treatment after a pelvic injury. The hypothesis was confirmed. Objective 2: To find out whether nurses observe the correct principles of nursing care of patients after operations of fractures of the pelvis and in the conservative treatment after a pelvic injury. This objective is based on hypothesis 2: Nurses observe the correct principles of nursing care of patients after operations of fractures of the pelvis and in the conservative treatment after a pelvic injury. This hypothesis was also confirmed, and the objectives were fulfilled.

The thesis is divided into the theoretical and practical parts. The theoretical part deals with fractures of the pelvis, which may be treated in the conservative manner, i.e. by the ligamentum of the pelvis. The ligamentum of the pelvis may be a temporary solution, or it is left until the fracture heals up, or by an operation. Further, nursing care is analysed here, ranging from the admission of the client to the department to his/her discharge. It points out differences in the care of clients in the conservative treatment and in the operational therapy.

The research investigation was conducted in the hospitals in České Budějovice and Prachatice. The quantitative research was used for the bachelor thesis, in the form of an anonymous questionnaire, and additionally the qualitative research was conducted in the form of observation. The questionnaire was made up for nurses and contained 32 questions. The observation took place in the intensive care unit, where I had the opportunity to observe 6 nurses at work, and thus check up on the results of the graphs.

This thesis may be used in seminars at the traumatology and orthopaedy departments, further it may be used as a study material for students of the Faculty of

Medical and Social Studies of the University of South Bohemia. The results obtained from the observation will be given at the disposal of the head nurse at the traumatology department for the needs of the department.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Odlišnosti v ošetrovatelské péči u pacientů po operaci zlomenin pánve a v konzervativní léčbě po úrazu pánve“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/ 1998 Sb. v platném znění souhlasím s uveřejněním méjí bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou na veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne

Podpis studenta

Poděkování

Touto cestou chci velmi poděkovat za dobré připomínky, vzácné rady a trpělivost při odborném vedení mé bakalářské práce Bc. Aleně Polanové.

OBSAH:

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Anatomie pánve	4
1.1.1 Pletenec pánevní	4
1.1.2 Spojení na pánvi	4
1.1.3 Pohlavní rozdíly na pánvi	5
1.1.4 Sklon pánevní	5
1.2 Patofyziologie pánve.....	5
1.2.1 Fyziologie pánve	5
1.2.2 Úrazy pánve.....	6
1.2.3 Komplexní poranění pánve.....	6
1.2.4 Klasifikace zlomenin pánve.....	7
1.3 Diagnostika a klinický obraz pánve.....	8
1.4 Terapie zlomenin pánve	8
1.4.1 Konzervativní léčba pánve	9
1.4.2 Miniinvazivní metody	10
1.4.3 Operační postupy.....	10
1.5 Komplikace a prognóza pánve	10
1.6 Ošetrovatelská péče o klienta v konzervativní léčbě	11
1.6.1 Mobilita a imobilita	12
1.6.2 Odpočinek a spánek	13
1.6.3 Pohodlí a bolest	14
1.6.4 Výživa	14
1.6.5 Vyprazdňování.....	15
1.6.6 Hygiena	16
1.7 Ošetrovatelská péče o klienta při chirurgickém řešení poranění pánve.....	17

1.7.1 Předoperační péče	18
1.7.2 Intraoperační péče	19
1.7.3 Pooperační péče	19
1.7.4 Rehabilitační ošetřovatelství	21
1.8 Aktuální a potenciální potřeby a problémy klienta	23
2. CÍLE A HYPOTÉZY.....	24
2.1 Cíle výzkumu.....	24
2.2 Hypotézy	24
3. METODIKA.....	25
3.1 Použité metody.....	25
3.2 Charakteristika souboru.....	25
4. VÝSLEDKY	26
4.1 Grafy.....	26
4.2 Tabulky.....	58
5. DISKUZE	64
6. ZÁVĚR.....	70
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	71
8. KLÍČOVÁ SLOVA	73
9. PŘÍLOHY	74

Seznam použitých zkratek

TEN	Trombembolická nemoc
DK	Dolní končetiny
CT	Počítačová tomografie
RTG	Radioizotopový termoelektrický generátor
JIP	Jednotka intenzivní péče
ISS	Injury Severity Score
Oše	Ošetřovatelství
i.v.	Intravenózní
EKG	Elektrokardiografie
Obr	Obrázek
Tab	Tabulka
Příl.	Příloha
ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
Tj.	To jest
Bc.	Bakalářský vysokoškolský titul
Mgr.	Magisterský vysokoškolský titul

ÚVOD:

Konzervativní léčba je metoda určená k léčbě zlomenin hřebene kosti kyčelní a příčné zlomeniny sakra a kostrče. Léčebnou neoperační metodou je pánevní závěs, který se může ponechat do zhojení zlomeniny nebo to může být jako dočasné řešení. Chirurgická léčba se zabývá rotačně a vertikálně nestabilními zlomeninami, které bývají jednostranné a oboustranné. Operačním řešením bývá vnitřní fixátor neboli osteosyntéza či zevní fixátor. V dnešní době se spíše používá chirurgické řešení, jelikož zde dochází k rychlejší vertikalizaci klienta a není zde tak vysoké riziko imobilizačního syndromu, jako bývá u léčby konzervativní. Naopak nevýhodou je vyšší riziko infekce.

Toto téma jsem si vybrala proto, že jsem se s touto problematikou v rámci své praxe nikdy nesešla. Mým cílem bylo zjistit o této problematice co nejvíce informací a zda se sestry s těmito případy setkávají a dodržují stanovené zásady v pooperačním ošetřování klienta.

Jelikož jde o velmi rozdílná léčebná řešení, je důležité, aby sestry znaly ošetrovatelskou péči u obou případů. S oběma typy léčby se mohou setkat sestry na traumatologických odděleních, ale také na jiných, protože k těmto zlomeninám bývají často přidružená další onemocnění. V ošetrovatelské péči jsou dané zásady, které by měly sestry znát a především dodržovat.

1. Současný stav

1.1 Anatomie pánve

1.1.1 Pletenec pánevní

Pletenec pánevní je tvořen os coxae (kost pánevní), která je spojena s os sacrum (kostí křížovou) a s os coccygis (kostrčí). Os coxae se skládá ze tří srostlých kostí, nazývajících se os ilium (kost kyčelní), která je největší část pánevní kosti ležící kraniálně od jamky kyčelního kloubu, os ischii (kost sedací) je masivní kost tvořící dolní okraj pánevní kosti a os pubis (kost stydká) je nejtěplejší částí pánevní kosti. Tyto kosti se navzájem spojují svými těly uprostřed pánevní kosti, kde společně tvoří kloubní jamku kyčelního kloubu – acetabulum. Směrem nahoru se nachází kost kyčelní, směrem dozadu se nachází kost sedací, směrem dopředu je kost stydká. Kostí jsou spojeny chrupavkou do tvaru Y, která dovoluje růst v obou směrech dotyku kostí. V období puberty však tato chrupavka zaniká a spojení se mění v nepohyblivou synostosu (3,20).

1.1.2 Spojení na páňvi

Křížokyčelní kloub (art. sacroiliaca) je kloubní spojení mezi křížovou a kyčelní kostí. V dětském věku tento kloub patří mezi ploché kosti, v dospělosti je povrch kloubních chrupavek nerovný. Aby byla stabilita pánevního pletence, jsou v tomto spojení možné pouze nepatrné kývavé pohyby kolem osy procházející S₂/S₃, které je možné vyvolat zatížením a následným odlehčením páteře.

Stydká spona (symfýza) je destičkovitá chrupavka, spojující pravou a levou polovinu pánve vpředu. Chrupavka vyčnívá dorzálně, tj. do malé pánve a je skrze vaginu hmatná. Pohyblivost v tomto spojení je malá, ale tento spoje je poměrně pružný (3, 4, 20).

1.1.3 Pohlavní rozdíly na pánvi

U žen je os sacrum kratší a širší než u mužů. U žen má vchod do malé pánve tvar oválný, muži srdčitý. Rozměry malé pánve u žen jsou větší než u mužů. Ženy mají os coccygis kratší a pohyblivější. Lopaty kyčelní kosti jsou u žen více rozevřené. Celkově u žen je pánev širší, nižší, plošší a prostornější. Mužská pánev je úzká, strmá, vysoká a všechny vnitřní rozměry jsou menší (2, 20).

1.1.4 Sklon pánevní

Sklon pánevní má velmi výraznou odezvu ve funkci a stabilitě pánevního dna. Pánev je výrazně nakloněna dopředu asi o 60°, což se nazývá inklinace pánve, čímž se váha pánevních orgánů částečně přenáší na přední stěnu pánevní a dno pánevní není tolik namáháno. Středem pánevního dna je hráz (2, 20).

1.2 Patofyziologie pánve

1.2.1 Fyziologie pánve

Pánev je tvořena kostěným prstencem, který ohraničuje pánevní prostor. Pánev představuje pevný útvar, který kromě své oporné funkce, plní i funkci kostěné schránky pro trávicí a urogenitální orgány a u žen plní funkci jako kostěný podklad cest porodních. Na pánvi rozeznáváme horní část prostoru, který je větší a to tzv. velká pánev (pelvis major), dolní užší, válcovitý oddíl je označován jako malá pánev (pelvis minor) neboli porodnická pánev. (4, 20)

1.2.2 Úrazy pánve

Úrazy pánve jsou vesměs způsobeny vysokoenergetickými mechanismy, jako jsou pády z výšky, přejetím, zavalením, přiražením k pevné překážce a zejména při haváriích motorových vozidel. Málokdy se jedná o poranění izolovaná, většinou jsou součástí polytraumat. Výjimkou jsou avulzní zlomeniny pánevních kostí, ke kterým dochází nekoordinovaným svalovým stahem a zlomeniny pánevních kostí bez porušení pánevního kruhu, které jsou následkem běžného násilí. U poranění pánve bývají také často poraněny blízké struktury, jako vývodné cesty močové, orgány dutiny břišní, poranění velkých cév a poranění nervového systému. (13, 21)

1.2.3 Komplexní poranění pánve

Komplexní zlomeniny vznikají působením přímého násilí, nebo silou přenesenou nepřímo přes dolní končetiny. Zlomeniny pánve mohou vést k dalším poraněním pánevních orgánů, jež mohou bezprostředně ohrozit na životě raněného. Může to být např. poranění urologická, poranění rekta, poranění sakrálního plexu, kompartment syndrom retroperitoneální a gluteální, arteriální a venózní krvácení, poranění měkkých tkání (rány, oděrky).

Je důležité dávat pozor a umět reagovat na velkou krevní ztrátu. Nejtěžší krvácení bývá z roztržených ilických tepen a žil. Je zde důležité rychlé hrazení krevních ztrát infuzními roztoky nebo krevními náhradami. Pokud se nedaří klienta stabilizovat, je nutná akutní chirurgická repozice.

Při urologických poranění musíme provést kontrastní uretrocystografii. Muži mívají nejčastější poranění uretry. Je zde velmi problematické zavedení permanentního močového katétru, proto je akutně indikována punkční epicystostomie. Později je zde plastická rekonstrukce urologem. U poranění močového měchýře je komplikace pánevních zlomenin až v patnácti procentech. Terapie je revize, sutura, transureterální katétr. (15, 21)

Poranění rekta mohou komplikovat těžká devastační poranění pánve, která jsou zpravidla otevřená. U těchto poranění je vysoké riziko septických komplikací, proto je zde nezbytná sigmoideostomie nebo levostranná nástěnná kolostomie.

Neurologické poruchy bývají v první fázi léčení přehlédnuty. V klinickém obraze může být klient bez problémů, nebo naopak může mít silné bolesti, motorické poruchy, dysfunkci močového měchýře, poruchy defekace a u mužů se mohou objevit poruchy sexuální ve smyslu erektilní impotence a u žen se může objevit frigidita, které je zaviněno kompresí kořenů S2 – S4 nebo cévní obstrukcí (21).

Pánevní kompartment syndrom je definován jako stav, při němž rychlé zvýšení tlaku uvnitř uzavřeného anatomického prostoru ohrožuje funkci a vitalitu tkání v něm obsažených. V praxi to znamená profuzní krvácení. Je zde akutní chirurgická léčba, která spočívá v zastavení krvácení, dekompresi a stabilizaci zlomenin (21).

1.2.4 Klasifikace zlomenin pánve

Obecně platí tři zásady, které bývají vodítkem k léčbě – hlavní stabilizační úlohu plní zadní komplex, dojde – li v kruhové struktuře k posunu v jednom segmentu, musí být poranění i na protilehlé straně a typ poranění závisí na směru působícího násilí (předozadní, bočné, vertikální).

Zlomeniny dělíme podle AO klasifikace z roku 1991 na typ A, B, C.

Typ A jsou to zlomeniny bez dislokace, zlomeniny stabilní. Jsou to avulzní okrajové zlomeniny, zlomeniny hřebene kosti kyčelní, příčné zlomeniny sakra a kostrče.

Typ B jsou rotačně nestabilní zlomeniny. Poranění z předozadní komprese (otevřená kniha) a z bočné komprese (stejnostranné poranění, protilehlé poranění).

Typ C vertikálně a rotačně nestabilní poranění. Bývají jednostranné a oboustranné (13).

1.3 Diagnostika a klinický obraz zlomenin pánve

Diagnostika zlomenin pánve se opírá o klinické vyšetření, CT a RTG vyšetření. U zlomenin typu A se může objevit v anamnéze direktivní násilí na lopatu kyčelní, krajinu kostrče, sakra, perineum nebo sponu stydkou. Bývá zde lokální bolest, hematom. Při zlomeninách dolního sakra a kostrče lze u vyšetření per rectum zjistit prosáknutí, patologický pohyb nebo dislokaci. Diagnosticky je zde nutné udělat RTG snímek.

Zlomeniny typu B a C se především snažíme v anamnéze posoudit hlavní směr úrazového násilí, které může být předozadní, boční nebo vertikální. Důležité je zde posoudit bolest a patologické laxity při tlaku na symfýzu a lopaty kosti kyčelní. Hned při prvním vyšetření musíme myslet na možnost komplexního poranění pánevního kruhu. Proto pozor na velké krvácení, poranění močového měchýře a urey. Je nutné provést akutní sonografie (11, 26).

U rtg provádíme tři projekce – předozadní, vchodová, východová. Na CT lze dobře proměřit rozměry pánve a jsou zde dobře přehledné poměry na štěrbině a postavení SI synchrondróz. Na CT vidíme příčné zobrazení kostí, měkkých částí a orgánů v pánvi (12, 13).

1.4 Terapie zlomenin pánve

Zlomeniny pánevního kruhu jsou závažná poranění, u kterých je důležité sledovat celkový stav klienta, léčit šok a přidružená poranění včetně časných komplikací. V první pomoci musíme poraněného, který je při vědomí uklidnit a uložit do polohy na záda. Dále pak manipulujeme s poraněným stejně, jako kdyby měl poraněnou páteř. Je nutné pánev stabilizovat a zajistit proti rozevírání pánve stažením bandáží nebo fixace vakuovou matrací. U otevřené zlomeniny nikdy neodstraňujeme nic z rány, ránu pouze sterilně překryjeme. Důležité je sledovat vitální funkce, v případě nutnosti zahájit kardiopulmonální resuscitaci a zavolat rychlou záchranou pomoc.

U žádného poranění nesmíme podávat nic per os. Při příjmu je důležité zahájit intenzivní protišokovou léčbu s doplněním intravaskulárního objemu (5, 11, 26).

1.4.1 Konzervativní léčba pánve

Zlomeniny typu A lze většinou léčit konzervativním způsobem. Při zlomeninách hrbolu kosti sedací se do odeznění bolestivosti eliminuje sed. Při pokusu o sevření řitních svěračů se objevuje bolest. Když je větší dislokace, než 15 mm je léčba chirurgická. U zlomenin kostrče se dělají obstríky lokálními anestetiky a podávají se analgetika. Izolované zlomeniny ramének stydké a sedací kosti se léčí konzervativním způsobem. Až za několik dní po úraze je možná chůze s odlehčením dolní končetiny postižené strany po odeznění bolestí.

Zlomeniny typu B (open book) se mohou léčit pánevním závěsem. Je zde důležitý klidový režim na lůžku 3 týdny a následně je chůze o berlích se symetrickým zatěžováním dolních končetin. Po třech měsících je dovolena plná zátěž na končetiny. Pánevní závěs je kontraindikací u kompresí a vnitřních rotací. U transformálních zlomenin mohou být závěsem poškozeny sakrální nervové kořeny v křížové oblasti. Zlomeniny typu B vyžadují přísný klid na lůžku 6 – 8 týdnů (21, 26).

Zlomeniny typu C musí být pánevní závěs doplněn skeletální trakcí (natahování). Konzervativní léčba vyžaduje 8 – 12 týdnů klid na lůžku. Ke konzervativní léčbě u fraktur typu B a C přistupujeme jenom ve výjimečných případech, je-li operační léčení kontraindikováno z lokálních nebo celkových důvodů. (21, 26, 27).

V konzervativní léčbě zlomenin obecně platí tři základní faktory. Jedná se o repozici, imobilizaci a rehabilitaci neboli obnovu funkce. V této léčbě se méně často vyskytuje infekce, ale nevýhodou je dlouhá doba fixace s následnými atrofiemi (zmenšení normálně vyvinutého orgánu) svalů a nutností další rehabilitace. V traumatologii se používá spíše jako dočasné řešení před operací (13, 27).

1.4.2 Miniinvazivní metody

V miniinvazivních metodách se v léčbě zlomenin pánve používají zevní fixátory. Umožňují lepší mobilizaci a rehabilitaci klienta. Zevní fixace může být ponechána až do zhojení zlomenin, anebo se jedná o dočasné řešení, s přechodem na vnitřní fixaci. Vkládají se Schanzovy šrouby, které se zavádějí do ilických kostí. Mezi komplikace zevního fixace můžeme zařadit uvolňování šroubů a kanálkový infekční (13, 21).

1.4.3 Operační postupy

U zlomenin typu A se používá operační řešení při odtržení horního, dolního a zadního trnu nebo hřebene lopaty kosti kyčelní, kde bývá bolestivost při pohybu. Úlevu klientovi v tomto případě přináší provedení flexe v kyčelním a kolenním kloubu. Používá se zde krvavá repozice (napravení) a osteosyntéza šroubem nebo kostním stehem. Fraktury lopaty kosti kyčelní s horizontálním průběhem lomu s dislokací fragmentů je řešení krvavá repozice a osteosyntéza (operativní léčebná metoda kostních zlomenin) dlahou nebo šrouby (21, 27).

Zlomeniny typu B a C jsou indikovány k chirurgické léčbě, pokud klient nemá interní obtíže. Proto je zde velmi důležité stanovení diagnostiky s důkladným odebráním anamnézy (21, 26).

1.5 Komplikace a prognóza zlomenin pánve

Komplikace zlomenin pánve můžeme rozdělit na časné a pozdní. Mezi časné komplikace v konzervativní léčbě řadíme riziko dlouhodobé imobilizace klienta a kanálkový infekční v místě zavedené skeletární trakce u zevního fixátoru. V chirurgické léčbě mohou nastat komplikace hojení ran. Do pozdních komplikací bývá řazena pánevní asymetrie, u žen může dojít k deformaci porodních cest. U mužů při lumbosakrálním plexu může dojít k impotenci. Komplikací výrazně ovlivňující stereotyp chůze je nestejná délka končetin (21, 26).

Mezi další komplikace patří riziko TEN (trombebolická nemoc). Hlavním cílem léčby je zabránit pulmonální embolii, proto se jako prevence podává subkutánně nízké dávky heparinu. Je důležité, aby sestra dle ordinace lékaře pravidelně odebírala krev na Quickův test nebo APTT. Dále rehabilitační pracovník provádí u klienta nácvik dýchání, cvičení dolních končetin, což v konzervativní léčbě znamená aktivní cvičení prstů nebo izometrické cvičení. Měl by mít bandáž dolních končetin nebo elastické punčochy. Upozorníme klienta, aby dodržoval pitný režim, a hlídáme u něho bilanci tekutin (22, 24).

Stanovuje se také prognóza, na jejímž vzniku se podílí závažnost a typ zlomeniny. Fraktury typu A mívají dobré vyhlídky, oproti zlomeninám typu C, které jsou často velmi nejisté. Zhojení všech nekomplikovaných zlomenin lze očekávat nejdéle do třech měsíců (21, 26).

1.6 Ošetřovatelská péče o klienta v konzervativní léčbě

Pokud je u klientů se zlomeninou pánve zvolena konzervativní léčba, je umístěn do pánevního závěsu. Pánevní závěs se skládá z lůžka, na kterém jsou dvě tyče. Na tyče je připevněné pomocí spínacích špendlíků prostěradlo, v kterém je zavěšený klient. Klient má být zavěšený v závěsu do takové výšky, aby se mezi lůžko a klienta vešla ruka. Sestra musí mít velmi dobré znalosti v oblasti manipulace s klientem. Jak jej nadzvednout, abychom nezhoršili zranění, způsob měnění podložky či prostěradla, jak postupovat při hygieně. Velice těžké je správná a rychlá výměna prostěradla v závěsu. Je nutné pracovat tak, abychom klienta nepoškodili, zabránili bolesti a udrželi správnou polohu klienta.

Pánevní závěs sestra u klientů vyměňuje zpravidla 1x za dva dny nebo dle potřeby. Dříve než se s klientem začne manipulovat, je důležité ho o všech krocích informovat. Sestra si připraví dostatečné množství čistého prádla k lůžku. Pokud se klient nemůže sám nadzvednout, musí u toho být dvě sestry, které stojí naproti sobě a klienta si nadzvednou nad pánví v bederní oblasti a pod pánví v polovině steh. Než klienta sestra sundá z pánevního závěsu, musí pánev zpevnit tzv. bindou, což je

podložka složená na šířku pro fixování pánve, nebo sériově vyráběným zpevňovacím pásem. Sestra si připraví čisté prostěradlo. Klient se přidrží závěsných tyčí, nadzvedne se a sestra odstraní špinavý závěs. Díky zpevnění bindou si klient může lehnout zpět na lůžko, bez pánevního závěsu. Necháme klienta chvíli odpočinout a sestra si mezitím naměří potřebnou délku prostěradla na pravé i levé straně současně. Na jedné straně začne sestra upevňovat pánevní závěs, pomocí spínacích špendlíků, co nejbližší k tyči. Druhý konec prostěradla podvleče pod klientem a opět spínacími špendlíky připevní s tím, že musí vyzkoušet vzdálenost závěsu od lůžka. Je důležité, aby prostěradlo bylo zavěšené tak, aby se hýždě nedotýkaly matrace. Když je klient v závěsu, odstraní sestra bindu a nepolohuje ho tak, aby byl po celé šíři pánve. Poté sestra vypořádá klientovi záda, končetiny polštářem, nebo molitanovou dlahou, aby mu to bylo příjemné a nikde ho nic netlačilo. Dále upraví celé lůžko, aby nebyly nikde žádné záhyby. Sestra musí klientovi lůžko upravovat v pravidelných intervalech, aby zabránila dalším komplikacím, jako jsou dekubity, otlaky (8, 14, 21).

1.6.1 Mobilita a imobilita

Schopnost pohybovat se volně, lehce, rytmicky a účelně v prostředí, je základním atributem života. Lidé se musí pohybovat, aby získávali potravu, vodu, chránili se před poraněním a zabezpečovali si další základní potřeby. Schopnost pohybu ovlivňuje sebeúctu i celkový vzhled těla. Osoby s poruchou hybnosti mohou mít pocit bezmocnosti a mohou se cítit jako zátěž pro jiné. Jelikož klient nemůže vstát z lůžka, měla by mu sestra připravit vše přímo na dosah ruky a tím zabezpečit co největší jeho soběstačnost a pohodlí. Imobilní člověk je ve větší míře závislý na zdravotnickém personálu v aktivitách, jako je hygiena, oblékání, výživa a vyprazdňování (14).

Klient v konzervativní léčbě u poranění pánve je ohrožen imobilním syndromem. Je důležité, aby ho sestra co nejvíce v rámci jeho možností a stavu aktivizovala. Tím sestra předchází různým komplikacím, které by mohly nastat, jako například vznik dekubitů, poruchy vyprazdňování, poruchy dýchání a jiné. U imobilních klientů hraje velmi důležitou roli polohování, jako prevence proti vzniku dekubitů,

keré sestra hodnotí v rámci anamnézy. Na to používá rozšířenou stupnici podle Nortonové, kde tato komplikace vzniká při 25 bodech a méně. Je důležité, aby toto zhodnocení dělala vždy, v pravidelných intervalech, jelikož klientův stav se může den ode dne měnit. Toto hodnocení je pro ošetřující personál pouze orientačním. Sestra musí denně kontrolovat stav kůže, všítat si vzniklých změn, údaje zapisovat do ošetrovatelské dokumentace. Zvýšenou pozornost musí také věnovat predilekčním místům. Musí se naučit využívat všechny dostupné antidekubitární pomůcky, jako jsou pěnové klíny, polštáře, které jsou prodyšné. O polohování klienta rozhoduje ošetřující lékař s fyzioterapeutem. Ti musí klienta poučit, jaké pohyby může a nemůže v lůžku vykonávat. Toto záleží na typu zlomeniny a aktuálním stavu klienta. Jednou z možností pohybování v lůžku je izometrické cvičení gluteálních svalů a m. quadricepsu (6, 14, 18).

1.6.2 Odpočinek a spánek

Odpočinek a spánek je základní předpoklad zdraví. Nemocní lidé potřebují o hodně více spánku a odpočinku než zdraví lidé. Odpočinkem se však rozumí především relaxace bez emočního stresu, uvolnění napětí a úzkosti. Důležitou úlohou sestry je zabezpečit klientovi poklidné prostředí a odpočinek. Základním předpokladem klidu a odpočinku je vědomí klienta, že jeho osobní život je pod kontrolou a že má co nejlépe poskytovanou zdravotnickou péči. Sestra může klientovi zabezpečit odpočinek tím, že ho poslouchá a věnuje mu dostatečnou pozornost v osobních záležitostech a podle možností zmírňuje jeho starost. Další podmínkou pro zajištění klidného spánku a odpočinku klienta, je jeho spoluúčast na léčbě. Měl by znát veškeré informace o průběhu léčby. Sestra klientovi může vysvětlit diagnostické testy a chirurgické výkony v rámci svých kompetencí. Informuje ho o činnostech a zvyklostech oddělení, na kterém je hospitalizovaný. Informace by měla sestra klientovi podávat v klidu, nenásilně, aby nepocítil napětí spojené s kladením otázek (14, 25).

1.6.3 Pohodlí a bolest

Bolest ovlivňuje klientův odpočinek a spánek. Je to velmi nepříjemný subjektivní pocit, který by člověk neměl prožívat sám. Ošetřující personál by mu měl dát dostatek prostoru pro to, aby o svých pocitech mohl mluvit, popsat je a podporovat jej ve vypořádání se s nastalou situací. Klient se zlomeninou pánve pociťuje akutní bolest. Ta je velmi často hodně intenzivní a trvá kratší časový úsek než chronická bolest. Je zde velmi důležitá anamnéza, kde se dozvíme lokalizaci, intenzitu, typ bolesti a především faktory, které tuto bolest vyvolaly. Sestra zde hraje velkou roli. Měla by informovat lékaře o klientových potížích a dle předepsané ordinace podávat léky proti bolesti. Sestra musí využít stupnice bolesti (vizuální analogová škála bolesti), jejíž použití vysvětlí klientovi. Tak zjistí intenzitu bolesti, kterou tak může objektivně hodnotit a srovnávat v určitých časových rozestupech. Důležité je všimnout si změn intenzity bolesti. O všech změnách by sestra měla informovat lékaře. Zmírňující faktory bolesti jsou podávání analgetik, klid, aplikace tepla nebo chladu. Sestra by měla zjistit, kdy po aplikaci určitých faktorů nastává úleva. Dále by měla zaznamenávat, zda měli nějaký efekt, nebo naopak bolest nezhoršily (14).

1.6.4 Výživa

Potrava obsahuje látky, které jsou pro člověka velmi důležité. Zdravá výživa by měla obsahovat minerály, vitamíny, živiny, cukry, tuky, bílkoviny a tekutiny. Úspěch nutriční podpory klienta závisí na zájmu, znalostech a pochopení ošetřujícího personálu. Základem zlepšení zdravotního stavu klienta, je důkladné zhodnocení nutričního stavu. Jídelníček musí zabezpečit veškeré nutriční potřeby klienta a pokrýt zvýšené metabolické požadavky. Sestra musí brát v úvahu kulturní a náboženské přesvědčení klienta, co má a nemá rád, chuť k jídlu a motivace. Ve výživě je důležité zjistit, zda klient nemá nařízenou dietu vzhledem k jinému onemocnění. Jelikož klient v pánevním závěsu je zcela závislý na sestře, měla by mu zajistit co největší pohodlí při jídle

a připravit mu vše na dosah ruky. Jelikož klient během hospitalizace podstupuje mnohá vyšetření, měl by být sestrou poučen o zákazu jídla a tekutin dle vyšetření (22).

1.6.5 Vyprazdňování

Jedním ze základních předpokladů zdraví je vylučování odpadních látek ven z těla, které se vyplavují díky vyprazdňování stolice a moče. Úkolem sestry v této oblasti je sběr anamnézy, díky níž zjistí zvyklosti a návyky klienta. U zlomenin pánve je vysoké riziko poranění konečníku a oblasti svěračů, a proto je úkolem lékaře zjistit, zda nedošlo u klienta k vnitřnímu poranění. V případě pozitivního nálezu se dle rozhodnutí lékaře na přechodnou dobu může provést kolostomie, což je chirurgické vyústění tlustého střeva navenek břišní stěnou s odváděním jeho obsahu.

U klientů v pánevním závěsu probíhá vyprazdňování na lůžku na podložní míse. Podložní mísa se vkládá přímo do pánevního závěsu. Sestra musí klientovi dát signalizační zařízení na dosah ruky a při vyprazdňování mu zabezpečit co největší soukromí. Úkolem sestry je sledovat charakter, množství, konzistenci, tvar, zápach a barvu stolice. V případě krvavé stolice, musí sestra ihned informovat lékaře, jelikož se může jednat o vnitřní krvácení. Je zde důležitá dostatečná hygiena a dostatečná péče o kůži v oblasti genitálu. Sestra zde uplatňuje prevence proti opruzeninám a dekubitům. Sestra musí dbát na to, aby klient měl dostatečný příjem tekutin, dostatek času a soukromí (1, 14, 25).

U poranění pánve v oblasti močení je důležité sledování hodinové diurézy. Výdej moči je jedním z hlavních ukazatelů účinnosti protišokové léčby. Pokles výdeje moči pod 30 ml za hodinu nám ukazuje na vzniklou hypovolémii a nastupující renální vazokonstrikci. Poranění pánve v 15% doprovází poranění ureterů a močového měchýře. Poranění ureterů se projevuje hematurii, což je přítomnost krve v moči a nemožnost zavedení močové cévky. V tomto případě sestra dle ordinace lékaře provádí CT s intravenózním podáním kontrastní látky spolu s cystografií. Dále se doporučuje urologické konzilium, kde se zvažuje epicystostomie (1, 28).

Úkolem sestry je sledovat frekvenci, barvu, zápach, hustotu, množství moče a bilanci tekutin. Vzorek moče se posílá na mikrobiologické a biochemické vyšetření. Laboratorní výsledky sestra hlásí ošetřujícímu lékaři. Ošetřující personál musí věnovat zvýšenou péči v oblasti genitálu, jako prevence proti opruzeninám a dekubitům. U klientů po úrazu pánve se většinou volí zavedení permanentního močového katétru, kde sestra musí sledovat jeho průchodnost. Dále dle ordinace lékaře sleduje hodinovou diurézu (1, 14, 27).

1.6.6 Hygiena

Základní biologickou potřebou je hygiena a potřeba čistoty. Nemoc mění nároky a způsob uspokojování hygienické péče. Rozhodujícím faktorem je míra omezení pohybu. Klient v pánevním závěsu a s pánevním fixátorem je závislý na pomoci ošetřujícího personálu. Sestra hodnotí stupeň sebepéče, kde se uplatňuje Barthelův test základních všedních činností. Toto hodnocení nám ukazuje, jak vysoce je klient na sestře závislý. Dále informace o klientově soběstačnosti může sestra získat pomocí pozorování, rozhovoru se samotným klientem nebo s ostatním ošetřujícím personálem a příbuznými.

Na základě výsledků a stavu klienta, ho sestra zapojuje do hygienické péče. Všechny potřebné pomůcky, jako je umyvadlo, žínka, mýdlo, ručník, musí mít klient na dosah ruky a dle svých možností se zapojovat do ranní hygieny. Několikrát denně by sestra měla sledovat stav pokožky, abychom včas zabránily vzniku dekubitů. Mezi preventivní opatření radíme čisté, suché, upravené lůžko s napnutým prostěradlem bez záhybů, suché, čisté osobní prádlo. Dále je důležité používání antidekubitární matrace, pomůcky, které musí být prodyšné a antidekubitární přípravky, jako jsou různé krémy, masti, pasty (19, 24, 25).

Po dokončené hygieně následuje ošetření místa vpichu drátů zevního fixátoru u pánve desinfekcí a zajištění vhodné, pohodlné polohy klienta. Doporučená poloha je na zádech nebo na boku 45°. U klientů se zevním fixátorem musí sestra dohlédnout na to, aby klient měl vhodně upravený oděv, který nebude zadržávat o jednotlivé části

fixátoru, jelikož by to mohlo způsobit klientovi bolest a mohlo by dojít k uvolnění šroubů. Úkolem sestry je předcházet komplikacím (18, 22).

1.7 Ošetrovatelská péče o klienta při chirurgickém řešení poranění pánve

Akutní operace se provádí u polytraumat. Polytraumatem rozumíme poškození více orgánů úrazem. Riziko je u orgánů, které ohrožují klienta na životě. Je zde vysoké riziko především pro neodkladné urgentní řešení. U poranění pánve je klient ohrožen krvácením z velkých cév, urologickým poraněním, poraněním rekta, neurologickými poruchami. Již na místě zranění klienta je velmi důležitý odhad ošetřujícího lékaře o viditelných krevních ztrátách zevním krvácením. Jelikož zde velkou roli hraje čas, musí lékař urgentně stabilizovat stav klienta a co nejrychleji ho dopravit do nemocnice.

V chirurgické léčbě je velmi důležitých prvních 24 hodin na jednotce intenzivní péče či anesteziologicko resuscitačním oddělení, kde je zaměřena diagnostika, nepřetržité sledování klienta a monitorování vitálních funkcí, výkony zachraňující život a snaha o stabilizaci celkového stavu. Kromě ošetření poranění je zde hlavním cílem minimalizovat následky traumaticko – hemoragického šoku. Čím dříve a kvalitněji se dané úkoly splní, tím je lepší prognóza na přežití.

V přednemocniční péči se hodnotí závažnost polytraumatu podle Trauma Score, které zahrnuje snadno zjistitelné parametry základních životních funkcí. V nemocnici se nejčastěji užívá bodovací systém ISS (Injury Severity Score). Má charakter prognostického skórovacího schématu, kde jeho matematický výsledek nám ukazuje předpokládanou mortalitu. V nemocnici je důležité u klienta v akutních stavech zajištění umělé plicní ventilace a krevního oběhu, jelikož u polytraumat jsou úrazové a poúrazové krevní ztráty varovným signálem. Předpokládá se, že u poranění pánve může dojít k velkým krevním ztrátám 500 až 2000 ml (1).

Urgentní operační řešení se provádí u sdružených poranění pánevního kruhu, močového měchýře a močové trubice. Provádí se také u většího krvácení a většího poranění acetabula tam, kde nelze provést repozici luxace. Poranění pánevního kruhu spojené s větším krvácením z pánevních plexů se řeší dočasným uzavřením pánevního

kruhu pomocí pánevní svorky nebo definitivní stabilizací pánevního kruhu zevním fixátorem. Život ohrožující krvácení se řeší podvazem ilických tepen. Revize močového měchýře se řeší jeho suturou a zavádí se močový katétr (9).

Operační výkon se provádí podle celkového stavu poraněného, stabilizace jeho celkového stavu a závažnosti poranění v prvních dnech po úraze. Operační výkon umožní časnou aktivní i pasivní mobilizaci klienta a sníží riziko vzniku komplikací (9).

1.7.1 Předoperační péče

Klientům před každým chirurgickým výkonem musí sestra poskytnout bezpečnou, účinnou a odpovídající péči. Sestra má klientovi poskytnout dostatečné množství informací ústně i písemně v rámci svých kompetencí, poučit klienta o lécích, metodách potlačení bolesti, specifických pomůckách v rámci různých vyšetření a přístrojích nebo metodách, s kterými se klient může setkat. Sestra se musí ujistit, zda klient chápe, co se s ním bude dít, a jednat v nejlepším jeho zájmu (22).

Při přijetí klienta na oddělení, což je v tomto případě většinou jednotka intenzivní péče, připevní sestra na zápěstí identifikační náramek, kde je udáno jméno, příjmení, datum narození a oddělení. Tento náramek slouží k tomu, aby nedošlo k jakékoliv záměně. Již při tomto úkonu začíná komunikace sestry s klientem, zhodnotí jeho stav, vědomí, při připevňování náramku může zkontrolovat puls. Klient je uložen na lůžko a ihned ošetřující personál zavádí monitoraci základních fyziologických funkcí a to krevním tlaku, pulzu, tělesné teploty, vědomí a dýchání. Mezi základní předoperační vyšetření patří komplexní interní vyšetření, jako je EKG neboli určení orgánových změn na srdci, RTG srdce a plic (odhalení chorobných procesů na srdci, určit velikost a uložení srdce) vyšetření moče, biochemické a hematologické vyšetření krve. Zde je velmi důležitá psychická příprava, kde je na ošetřujícím personálu řádně vše klientovi vysvětlit v rámci jejich kompetencí. Dále klient podepisuje souhlas s výkonem. V této oblasti hraje velkou roli ošetřující lékař, který klientovi vysvětluje důvody a jednotlivá rizika spojená s operací. Klienta před operací navštívuje i anesteziolog, kde určí premedikaci a domluví se spolu s klientem na vhodné anestezii. U zlomenin pánve se

neprovádí klyzma, což je nálev tekutiny do konečníku a tlustého střeva, jelikož by to mohlo zhoršit klientův zdravotní stav (22, 27, 28).

Před odvezením na sál sestra u klienta zkontroluje lačnost, odstranění šperků, zubní protézy a odlakování nehtů. Dále provede bandáže dolních končetin, aplikuje předepsanou premedikaci lékařem a klient je spolu s dokumentací odvezen na operační sál (18, 23).

1.7.2 Intraoperační péče

Intraoperační péče je v rukou odborného zdravotnického personálu na operačním sále, kde je kladen důraz na ochranu klienta před zraněním a infekcí, ochranu kůže před poraněním, udržování polohy, používání sterilních pomůcek, monitorování klienta, vedení příslušné dokumentace, soupis použitých chirurgických nástrojů a materiálu. Klient je po náročné operaci dále převezen na jednotku intenzivní péče (18).

1.7.3 Pooperační péče

Pooperační péče začíná probuzením klienta z anestezie. Klienta se zlomeninou pánve si ze sálu s dokumentací přebírá sestra spolu s lékařem a klient je převezen na jednotku intenzivní péče. V dokumentaci se nachází podrobné pokyny pro péči o nemocného. Tyto ordinace pravidelně obsahují intervaly měření fyziologických funkcí, kde se měří krevní tlak, frekvence a pravidelnost tepu, tělesná teplota centrální nebo periferní, centrální žilní tlak, charakter EKG křivky. Dále jsou důležité parametry spontánního dýchání nebo umělé plicní ventilace. Sestra podává naordinované léky proti bolesti, infuzní, popřípadě transfúzní roztoky. Také sleduje neuropsychický stav, což je stav vědomí, motorická reakce, stav zornic. Dle ordinace lékaře zapisuje hodinovou diurézu a provede nezbytná pooperační laboratorní vyšetření krve na krevní obraz, amylázy, ionty, celkovou bílkovinu, vyšetření krevních plynů a jiné. Sestra musí sledovat operační ránu, zda nekrvácí a další možné příznaky komplikací a šoku jako je

tachykardie, neklid, hypotenze, chladná opocená kůže, bledost, žízeň. O všech změnách by měla sestra informovat lékaře (1, 18, 28).

Klient je na jednotce intenzivní péče tak dlouho, dokud to jeho zdravotní stav vyžaduje. Rozhodujícím faktorem jsou laboratorní výsledky a celkový stav klienta. O přeložení na jiné oddělení vždy rozhoduje lékař. Klient je po operaci v poloze na zádech s mírně zvýšenou polohou hrudníku a hlavy, která mu umožňuje snadnější plicní ventilaci a odkašlávání. Je důležité mu vysvětlit, jakou polohu smí a nesmí zaujímat. Jakmile to jeho zdravotní stav dovolí, zahájí se včasné rehabilitační cvičení.

Po operaci sestra musí sledovat klientovu bolest, která může mít různý stupeň. Bolest se objevuje po vymizení účinku anestezie. Dle ordinace lékaře sestra v pravidelných intervalech podává klientovi analgetika. Sestra by měla hodnotit bolest před a po podání analgetik, jestli přináší klientovi úlevu. Bolest sestra hodnotí na stupnici bolesti, kde zjistí intenzitu a zda se bolest zmírnila či nikoliv. Sestra musí myslet i na to, že bolest ovlivňuje klientův spánek a odpočinek a to klienta značně vyčerpává. Proto se jim většinou na noc spolu s analgetiky mohou podávat hypnotika (28).

Je důležité, aby sestra zhodnotila stupeň sebeděče. V prvních dnech po operaci má klient omezenou hybnost, proto je závislý na pomoci ošetřujícího personálu. Měli bychom se snažit klienta aktivně do hygieny zapojovat dle jeho možností. V prvních dnech po operaci koupel či sprchování není možné, proto ošetřující personál provádí hygienu na lůžku omývání žínkou. „Péče o čistou kůži je základním předpokladem pro prevenci proleženin, ale navozuje též dobrý subjektivní pocit nemocného“ (chirurgická propedeutika, str.299). Sestra musí zabezpečit klientovi suché, čisté osobní i ložní prádlo (28).

Dále co musí sestra v prvních hodinách a dnech po operaci sledovat je vyprazdňování. Klient pokud nemá zavedený permanentní močový katétr, se musí vymočit do osmi hodin po operaci. Pokud se to klientovi nepodaří, může se sestra pokusit navodit spontánní vyprázdnění močového měchýře psychickým podrážděním, jako je například puštění vody z kohoutku. Někdy je potřeba zavést močový katétr.

Pokud ho ale klient zavedený nemá, je důležité, aby sestra hlídala, jestli se vymočil do 8 hodin po operaci. Je důležité sledovat diurézu (denní množství moče).

První stolice se obvykle objeví po odchodu plynů spontánně. Je důležité, aby sestra předcházela zácpě, jelikož to klienta zatěžuje a mohly by vzniknout komplikace. Zácpě předchází sestra tak, že klientovi aktivně nabízí tekutiny, doporučí mu vhodnou stravu, dostatek vlákniny, vitamínů. Pokud do 4 dnů klient nemá stolicí, je nutné informovat lékaře a podle jeho ordinace zavést glycerinový čípek, popřípadě mírné perorální projímadlo.

Operační ránu je důležité v prvních dnech po operaci pravidelně kontrolovat. Musíme předcházet vzniku infekce, zabránit přítomnosti toxických chemických částic nebo vláken uvolněných z obvazu, udržovat teplotu, která je optimální při hojení, udržovat optimální pH v ráně. Před každým převazováním je důležité, abychom klientovi všechno řádně vysvětlili a měli připravené veškeré pomůcky u lůžka. Sestra musí postupovat asepticky, aby do rány nezanesla infekci. U klientů se zevním fixátorem se musí každý den dezinfikovat místo vpichů drátů a nasucho překryjeme mulovými čtverci (18, 22, 28).

1.7.4 Rehabilitační ošetřovatelství

Cílem rehabilitační péče u klienta je posílit svalstvo, nácvik koordinačních svalových skupin, mobilizace kloubů, zlepšit cirkulaci krve a dosáhnout u klienta správných pohybových stereotypů. Nedílnou součástí celého rehabilitačního procesu je aktivní, pasivní cvičení a fyzioterapie. Důležité je zvolení správné zátěže podle typu zlomeniny, jelikož předčasné zatížení vede k poruchám hojení kostí. Při hodnocení stupně zátěže platí, že pohybová cvičení ani zatížení nesmí vyvolat bolest v místě zlomeniny (7).

V konzervativní léčbě se vychází z toho, že klient bude nejspíš dlouhou dobu imobilní na lůžku a bude trpět značnými bolestmi při pohybu trupu a pánve. V léčebné tělesné výchově během imobilizace se využívá kondičního cvičení. S klientem cvičí fyzioterapeutický pracovník horní končetiny a šjiový svalstvo, dechovou gymnastiku

statickou i dynamickou, aktivní cvičení obou hlezenních kloubů, izometrické kontrakce quadricepsu, gluteus maximus, břišní a zádové svaly. Dále klient může cvičit izometrickou kontrakci abduktorů a adduktorů kyčelního kloubu za podmínky, že nebolí (6, 10).

V pooperační době se klientovi přikládá antirotační botička, na lůžku cvičí dechovou gymnastiku, izometrické stahy quadricepsu a gluteus maximus a kondičně cvičí nepostížené části. Postupně fyzioterapeut klientovi přidává izometrii abduktorů a adduktorů. Následně se po několika dnech přidává šetrné pohyby kyčelního kloubu v odlehčení. Nedojde – li k žádným komplikacím, může se klient po dohodě s ošetřujícím lékařem po 1. týdnu postavit bez zátěže. Fyzioterapeutický pracovník by měl naučit klienta nácvik chůze v plném odlehčení. Dále klient pokračuje ve cvičení, a pokud je vše bez komplikací, tak za 4 týdny pokládá vlastní vahou nohu na zem. Plné zatížení končetiny je od 6 – 12 měsíců, záleží na typu zlomeniny a zdravotním stavu klienta.

Celková doba léčení a rekonvalescence může trvat až 1 rok. Po propuštění je klientovi doporučena následná lázeňská péče nebo rehabilitační centrum, kde by se měl naučit správný stereotyp chůze (7).

Sestra musí klienta, než odejde do domácího prostředí, poučit, jakým pracím by se měl v domácím prostředí vyvarovat, aby nedošlo ke zhoršení jeho zdravotního stavu. Mezi nevhodné práce patří nošení těžkých břemen, vysávání či jakékoliv obtížnější domácí práce. Je důležité, aby klient hodně odpočíval a pravidelně cvičil dle doporučení fyzioterapeutického pracovníka. Dále mu sestra může nabídnout letáky, brožurky nebo například literaturu, kde se klient může dozvědět více o své nemoci a následné rekonvalescenci (6, 7, 10).

1.8 Aktuální a potenciální potřeby a problémy klienta

00132 Akutní bolest

00059 Sexuální dysfunkce

00004 Riziko infekce

00148 Strach

00085 Zhoršená pohyblivost

00088 Porušená chůze

00141 Posttraumatický syndrom

00015 Riziko zácpy

00040 Riziko imobilizačního syndromu

00047 Riziko porušení kožní integrity

00108 Deficit sebepěče při koupání a hygieně

00109 Deficit sebepěče při oblékání a úpravě zevnějšku

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda sestry znají odlišnost v ošetrovatelské péči u pacientů po operaci zlomenin pánve a v konzervativní léčbě po úrazu pánve.

Cíl 2: Zjistit, zda sestry znají odlišnost v ošetrovatelské péči u pacientů po operaci zlomenin pánve a v konzervativní léčbě po úrazu pánve.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Sestry znají odlišnost v ošetrovatelské péči u pacientů po operaci zlomenin pánve a v konzervativní léčbě po úrazu pánve.

Hypotéza 2: Sestry dodržují správné zásady v ošetrovatelské péči u pacientů po operaci zlomenin pánve a v konzervativní léčbě po úrazu pánve.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Pro bakalářskou práci bylo použito kvantitativního výzkumu, technikou anonymního dotazníku a kvalitativního výzkumu, technikou pozorování. Dotazník byl sestaven na základě informací z literatury, časopisů a internetových stránek. Byl vytvořen pro sestry (příl. 1) a obsahoval 32 otázek. Techniku dotazníku jsme zvolila z důvodu možnosti získání velkého počtu informací v relativně krátkém čase. Výsledky odpovědí z dotazníku byly vyhodnoceny formou grafů. Dále byla technika zúčastněného skrytého pozorování (příl. 2). Bylo pozorováno 6 sester a výsledky byly vyhodnoceny formou tabulek.

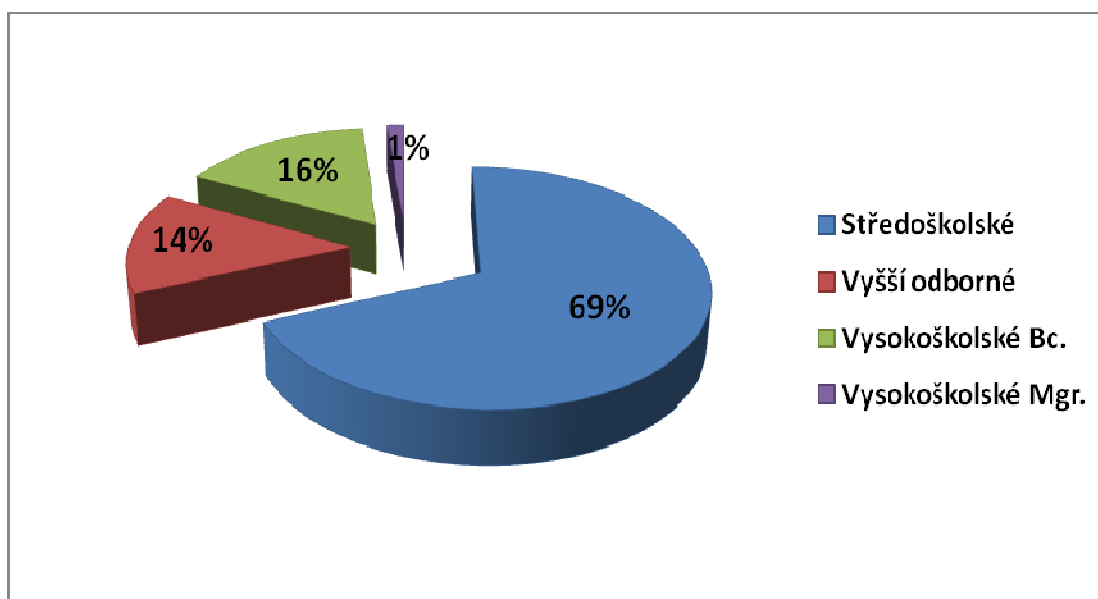
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný vzorek pro dotazník byl vytvořen ze sester na traumatologickém, ortopedickém, chirurgickém, anesteziologicko resuscitačním oddělení a na jednotce intenzivní péče. Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků, přičemž správně vyplněných se mi vrátilo 70 dotazníků. Výzkumný soubor byl tedy vytvořen ze 70 respondentů (100%). Pozorováno bylo 6 sester na jednotce intenzivní péče. Výzkumný vzorek byl tedy tvořen 6 sester (100%).

4. Výsledky

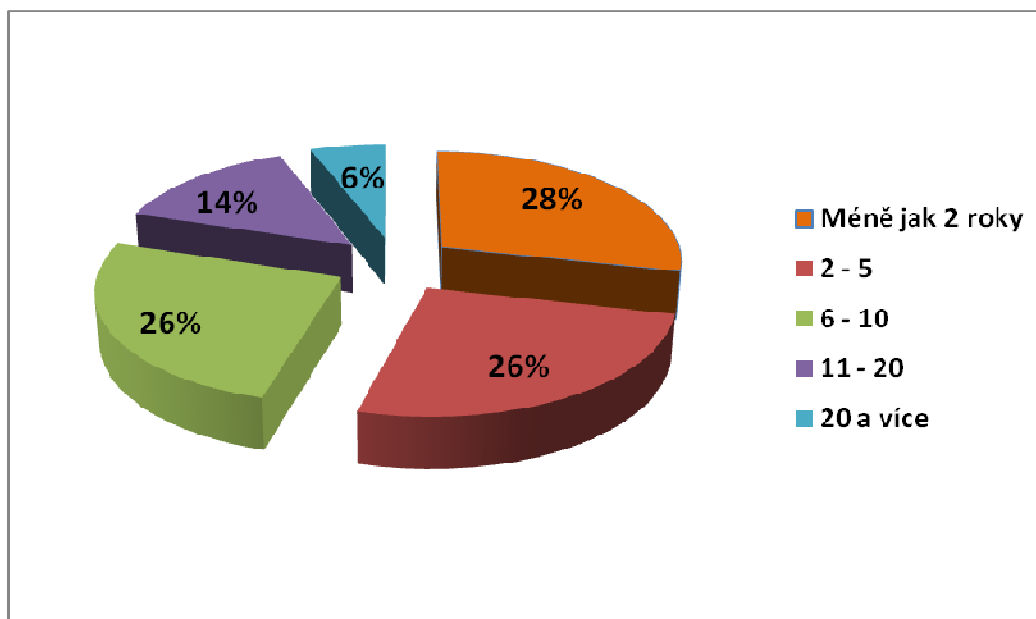
4.1 DOTAZNÍK

Graf 1 Vzdělání sester



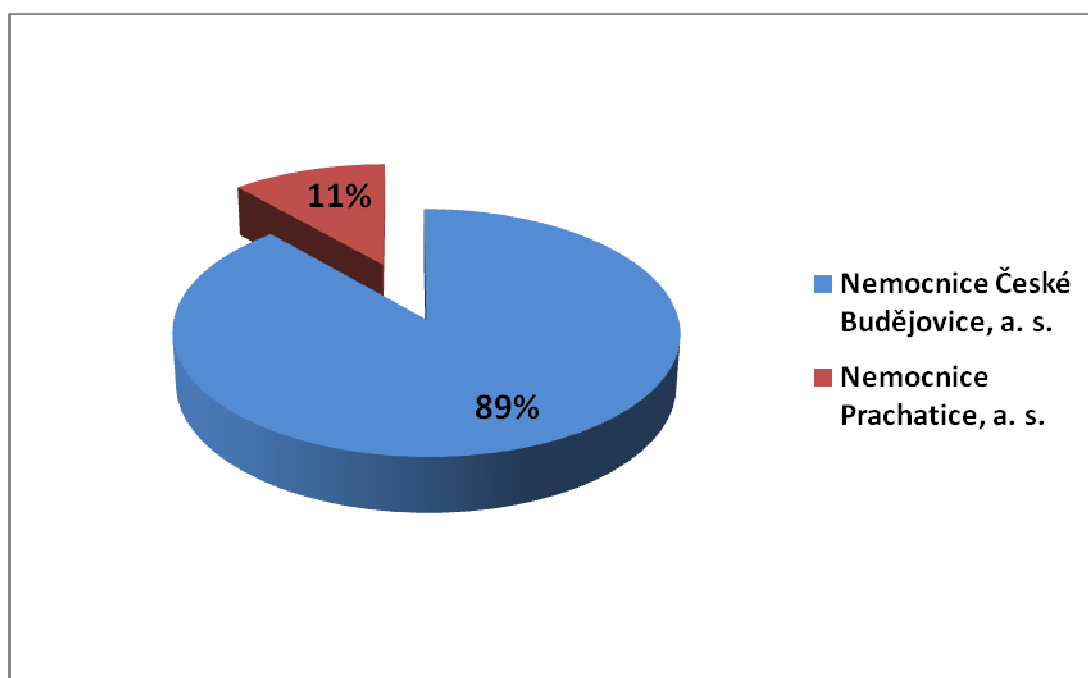
Na otázku jaké mají sestry vzdělání, z celkového počtu 70 sester opovědělo, že 48 (69%) sester má středoškolské vzdělání, 10 (14%) sester má vyšší odborné vzdělání, 11 (16%) sester má vysokoškolské vzdělání Bc. a 1 (1%) sestra má vysokoškolské vzdělání Mgr.

Graf 2 Délka praxe



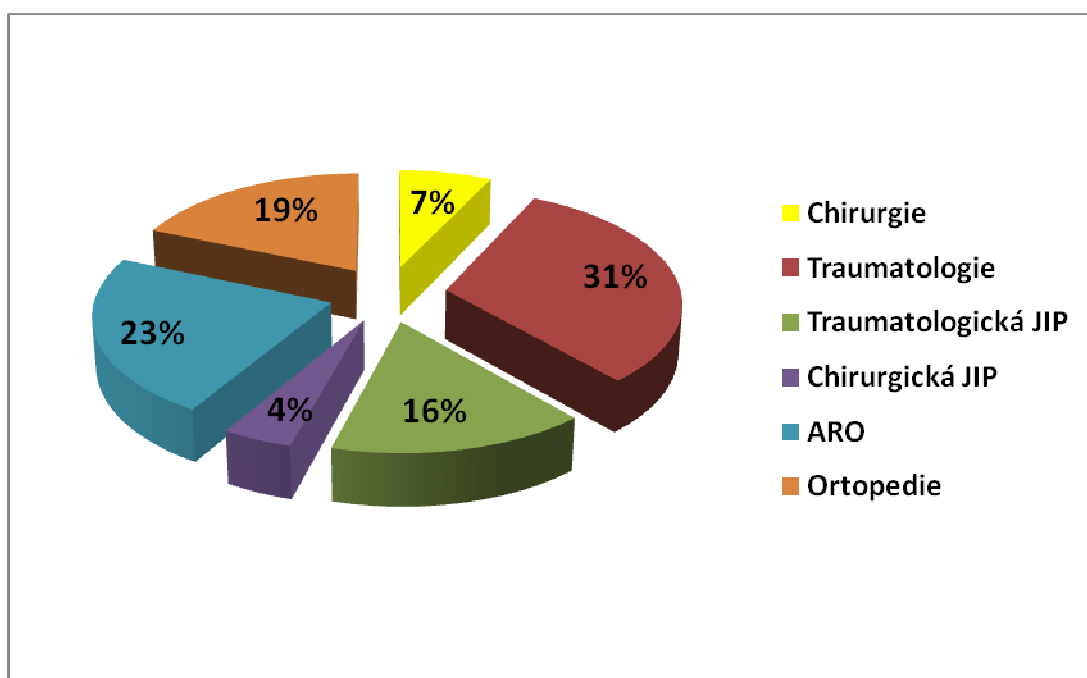
Na otázku, jak dlouho sestry pracují na oddělení, z celkového počtu 70 sester odpovědělo 20 (28%) sester, že na oddělení mají odpracováno méně jak 2 roky, 18 (26%) sester má 2 – 5 let odpracováno, 18 (26%) sester odpracovalo 6 – 10 let, 10 (14%) sester má odpracováno na oddělení 11 – 20 let a 4 (6%) sester 20 a více

Graf 3 Nemocnice



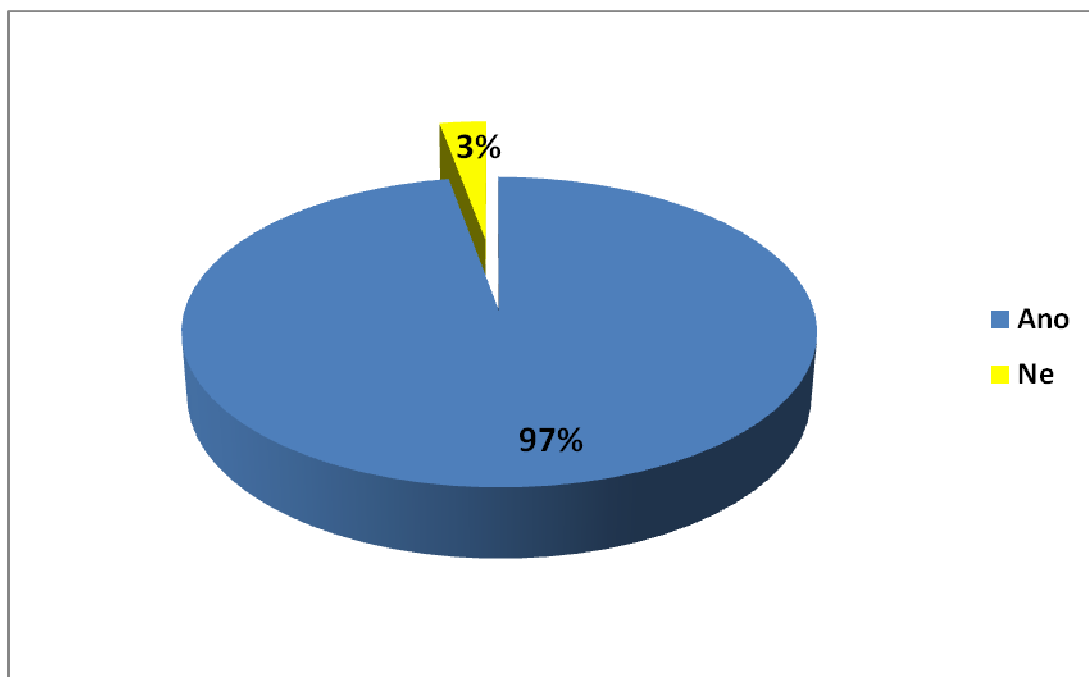
Ze 70 vyplněných dotazníků bylo 62 (89%) sester z nemocnice České Budějovice a 8 (11%) sester z nemocnice Prachatice.

Graf 4 Oddělení



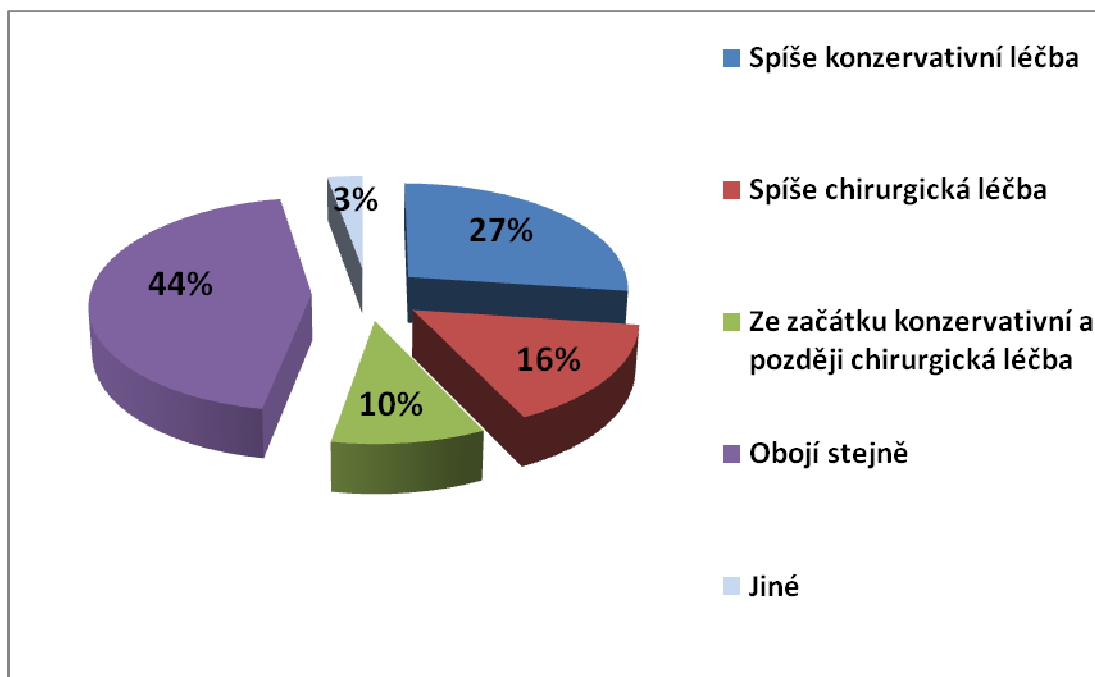
Z celkového počtu 70 vyplněných dotazníků, mi vyplnilo na chirurgickém oddělení 5 (7%) sester, na traumatologickém oddělení 22 (31%) sester, na traumatologické JIP vyplnilo dotazník 11 (16%) sester, na chirurgické JIP vyplnily dotazník 3 (4%) sestry, na ARU 16 (23%) sester a na ortopedii 13 (19%) sester.

Graf 5 Ošetření zlomenin pánve



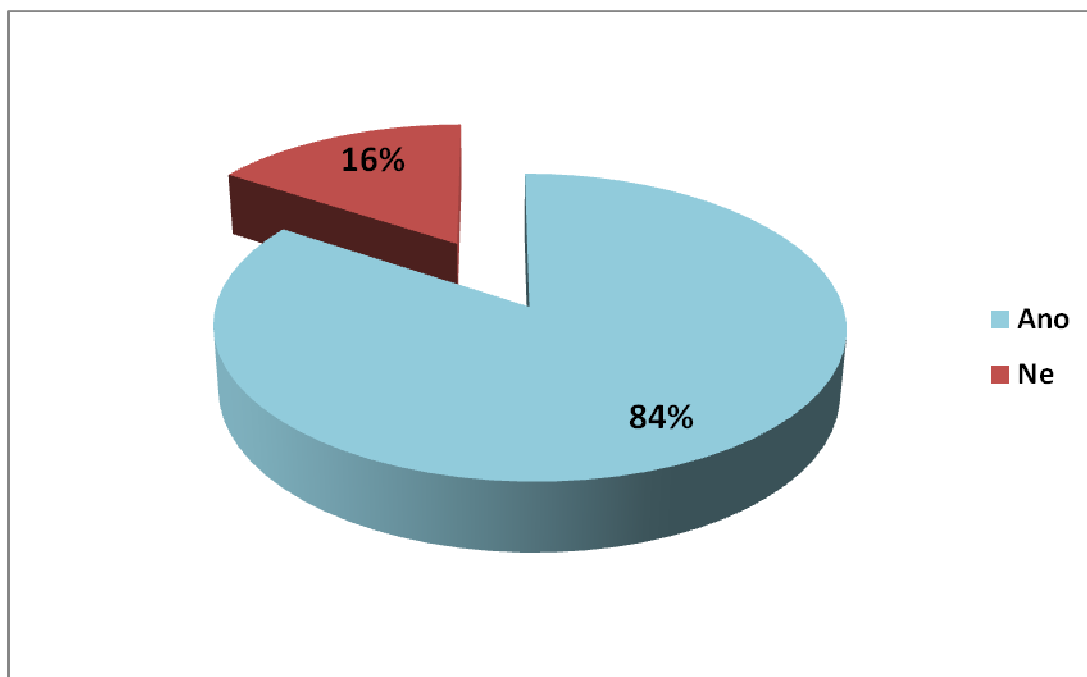
Z celkového počtu 70 sester uvedly, že 68 (97%) sester ošetřovalo klienta se zlomeninou pánve a 2 (3%) sestry, že neošetřovaly.

Graf 6 Typ ošetření pánve



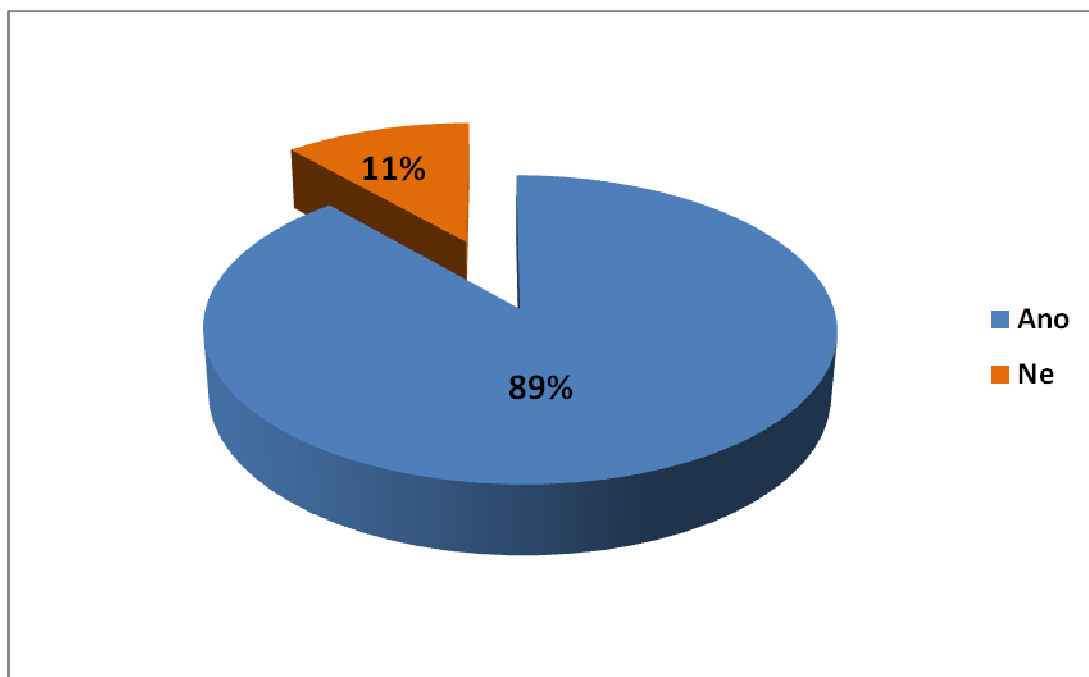
Z celkového počtu 70 sester mi uvedlo 19 (27%) sester, že se setkávají spíše s konzervativní léčbou pánve, 11 (16%) sester se setkala spíše s chirurgickou léčbou, 7 (10%) sester se setkala ze začátku s konzervativní a později s chirurgickou léčbou, 31 (44%) sester se setkává s chirurgickou i konzervativní léčbou stejně a 2 (3%) sestry se s ošetřením pánve neselekali, uvedly odpověď jiné.

Graf 7 Setkání s pánevním závěsem



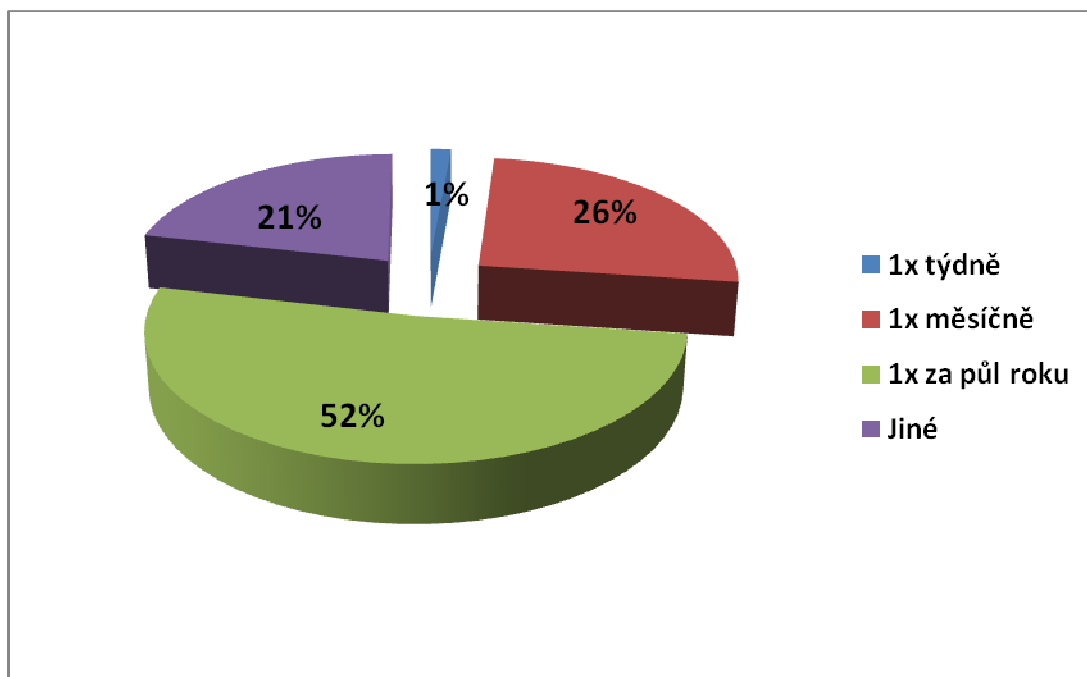
Z celkového počtu 70 vyplněných dotazníků mi na 7 otázku sestry zaškrtnly, že 59 (84%) sester se setkaly s pánevním závěsem a 11 (16%) sester se s pánevním závěsem neseťkaly.

Graf 8 Zkušenosti se zevním fixátorem



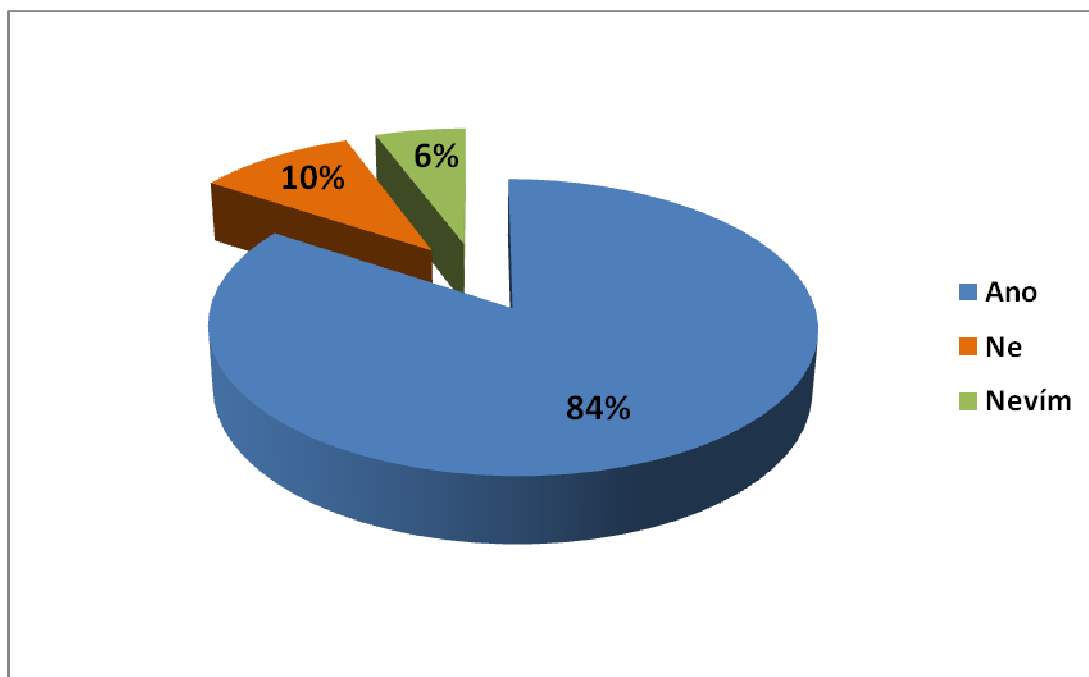
Z celkového počtu 70 vyplněných dotazníků mi na 8 otázku, kde jsem se ptala, zda se sestry setkali se zevním fixátorem, zaškrtnulo 62 (89%) sester, že se setkalo se zevním fixátorem u zlomenin pánve a 8 (11%) sester se neseťkalo se zevním fixátorem u zlomenin pánve.

Graf 9 Četnost zlomenin pánve



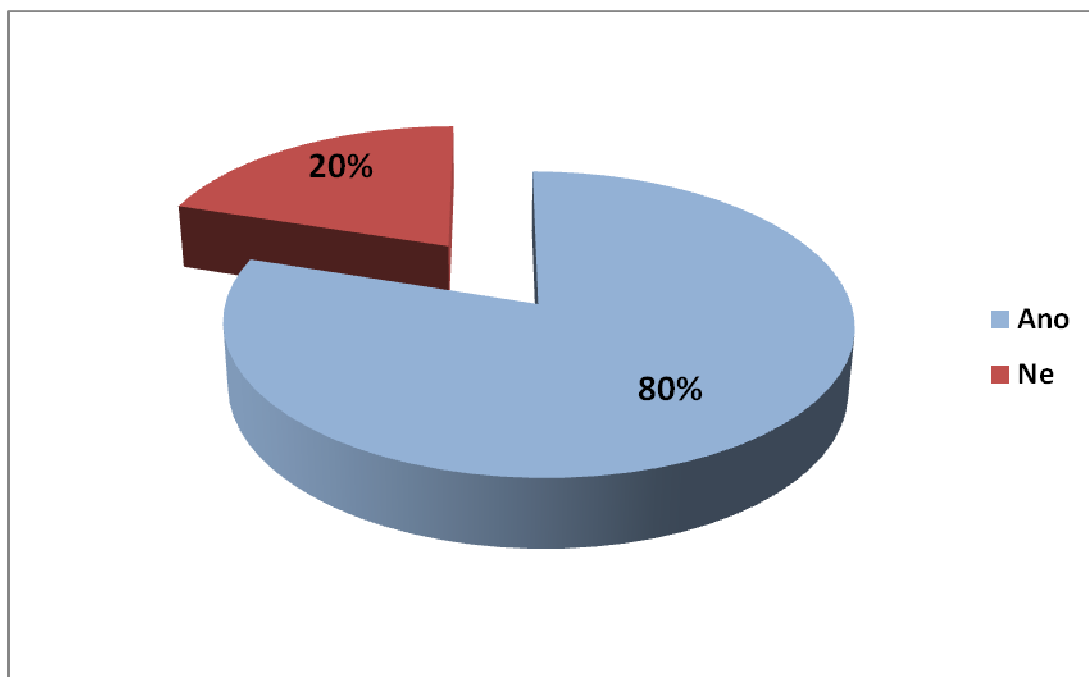
Z počtu 70 sester 1 (1%) sestra uvedla, že se setkává 1x týdně se zlomeninou pánve, 19 (26%) sester uvedlo, že se setkávají 1x měsíčně se zlomeninou pánve, 36 (52%) sester se setkávají se zlomeninami pánve 1x za půl roku a 15 (21%) se setkává v jiném intervalu, nebo se nesečkala se zlomeninou pánve.

Graf 10 Znalost zásad manipulace klienta v pánevním závěsu



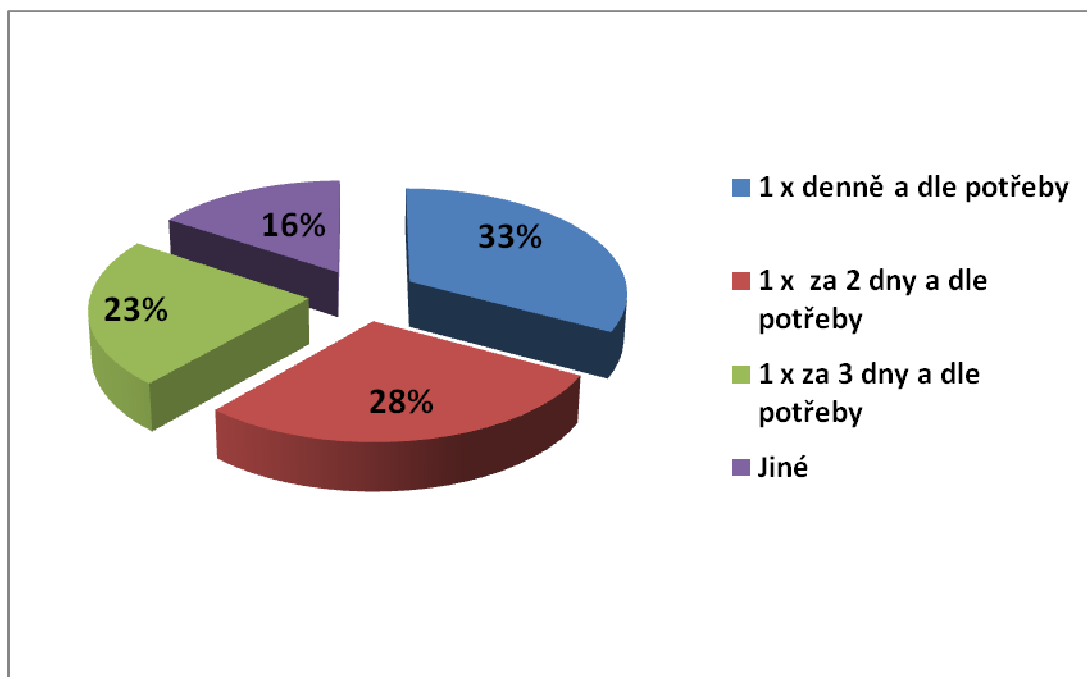
Z celkového počtu 70 sester 59 (84%) sester zná zásady manipulace klienta v pánevním závěsu, 7 (10%) sester neznají zásady manipulace klienta v pánevním závěsu a 4 (6%) sestry neví.

Graf 11 Znalost výměny pánevního závěsu



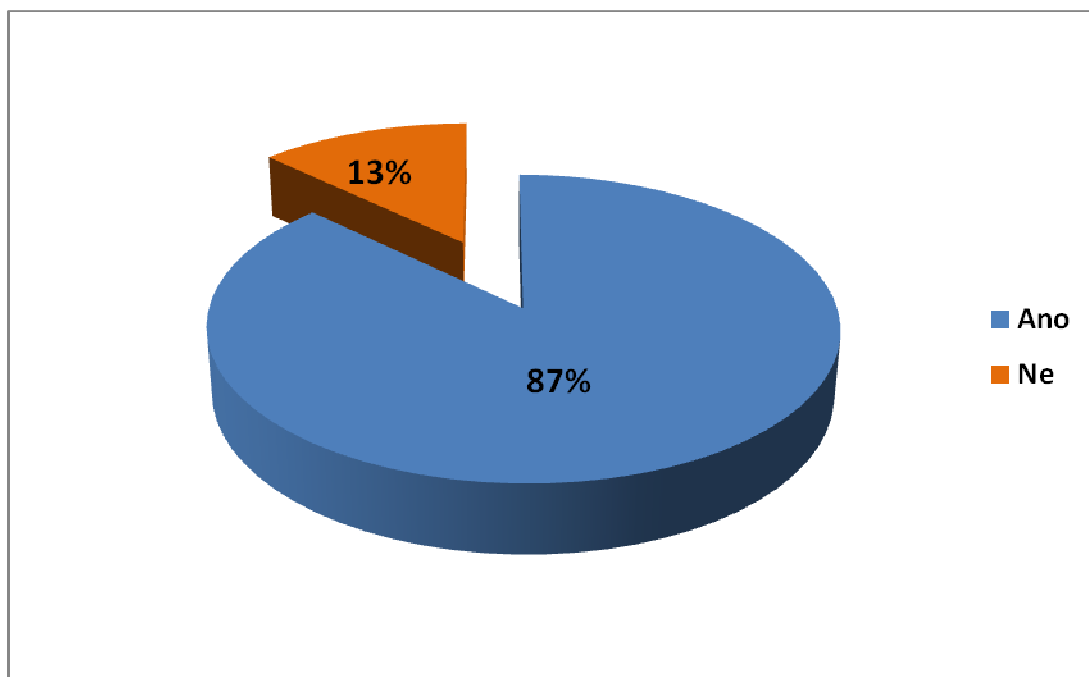
Z celkového počtu 70 sester 56 (80%) sester umí vyměnit klientovi pánevní závěs a 14 (20%) sester odpovědělo, že pánevní závěs vyměnit neumí.

Graf 12 Četnost výměny pánevního závěsu



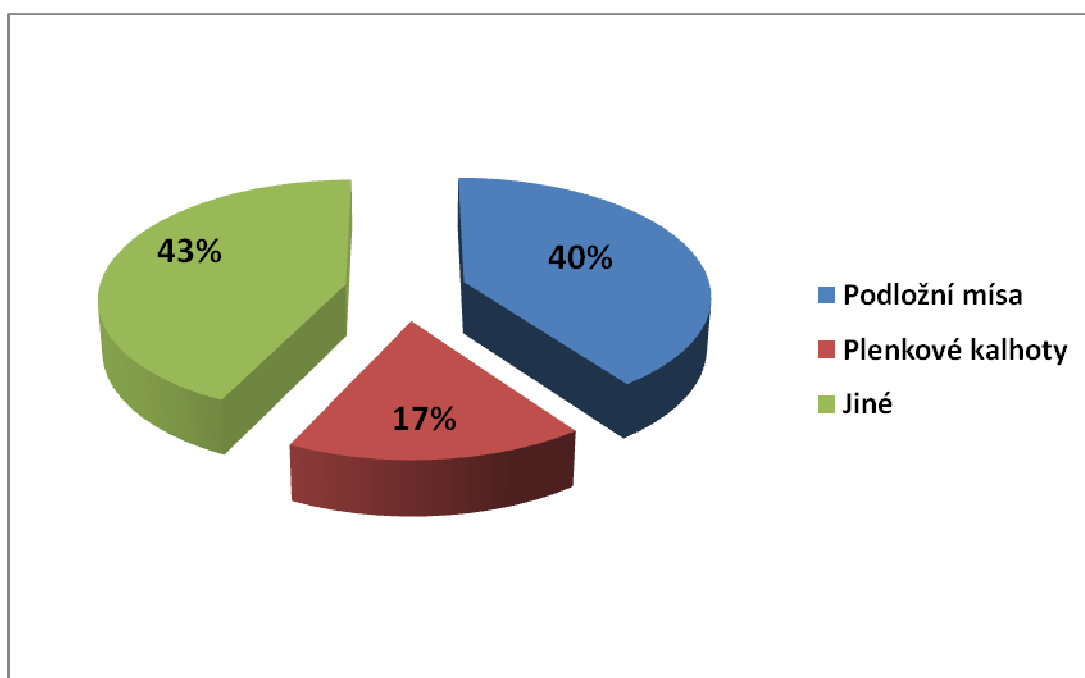
Ze 70 vyplněných dotazníků 23 (33%) sester mění klientovi pánevní závěs 1x denně a dle potřeby, 20 (28%) sester uvedlo, že klientovi mění 1x za 2 dny a dle potřeby pánevní závěs, 16 (23%) sester odpovědělo, že mění klientovi pánevní závěs 1x za 3 dny a dle potřeby a 11 (16%) sester uvedlo, že se s pánevním závěsem nesetkaly a nikdy neměnily.

Graf 13 Použitelnost antidekubitárních pomůcek v pánevním závěsu



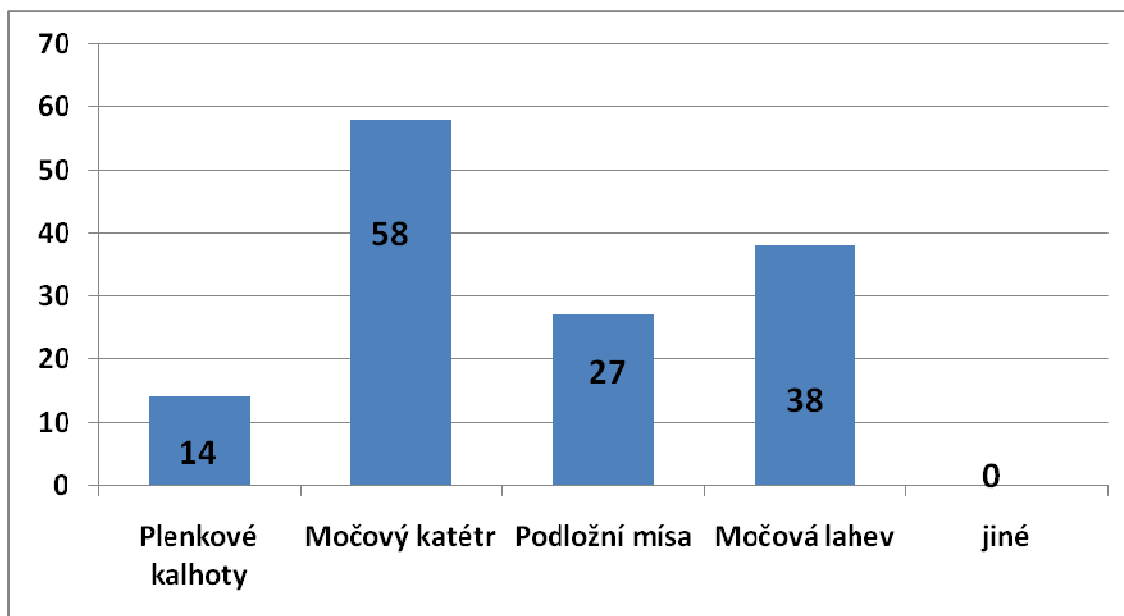
Z celkového počtu 70 sester 61 (87%) sester odpovědělo, že používají u klientů antidekubitární pomůcky a 9 (13%) sester odpovědělo, že antidekubitární pomůcky nepoužívá.

Graf 14 Pomůcky při vyprazdňování stolice u klienta v pánevním závěsu



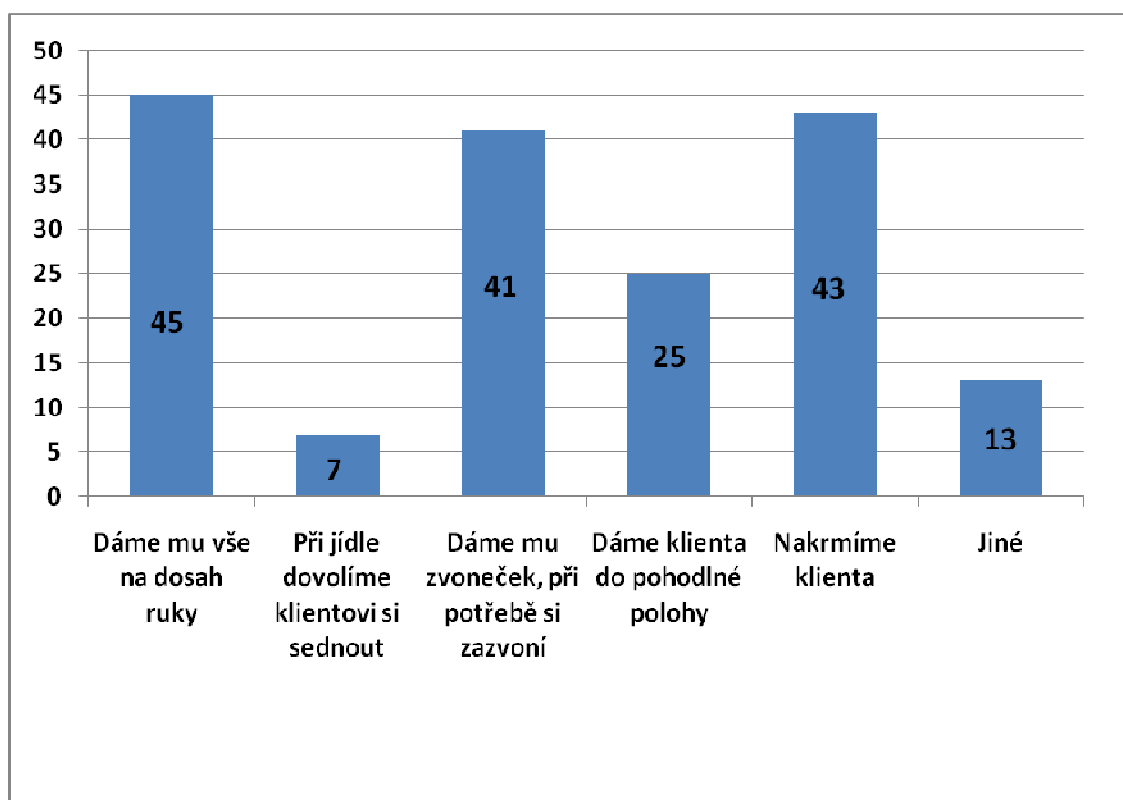
Z celkového počtu 70 sester 28 (40%) sester používá při vyprazdňování stolice u klienta jen podložní mísu, 12 (17%) sester používá jen plenkové kalhoty a 30 (43%) sester uvedlo více odpovědí, že používají podložní mísu, plenkové kalhoty nebo podložku.

Graf 15 Pomůcky při vyprazdňování moči u klienta v pánevním závěsu



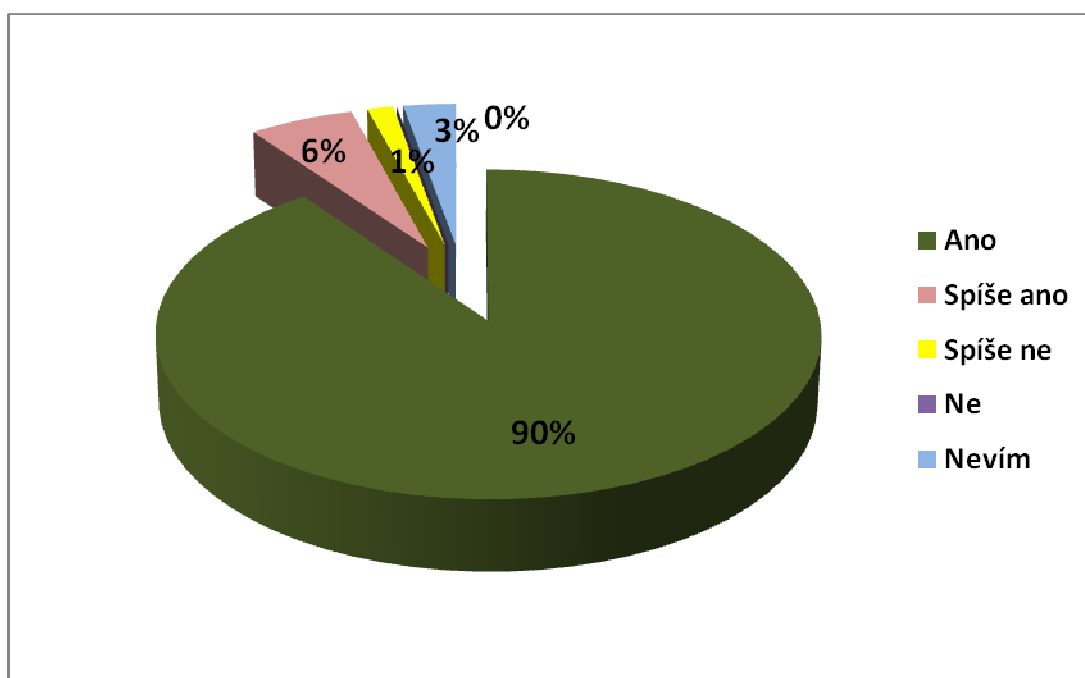
V této otázce jsem se ptala z celkového počtu 70 sester, jaké pomůcky používají při vyprazdňování moči. Zde mi sestry označovali více odpovědí. 58 sester používá močový katétr, 38 sester používá močovou lahev, 27 sester používá podložní mísu a 14 sester plenkové kalhoty.

Graf 16 Komfort v pánevním závěsu při jídle



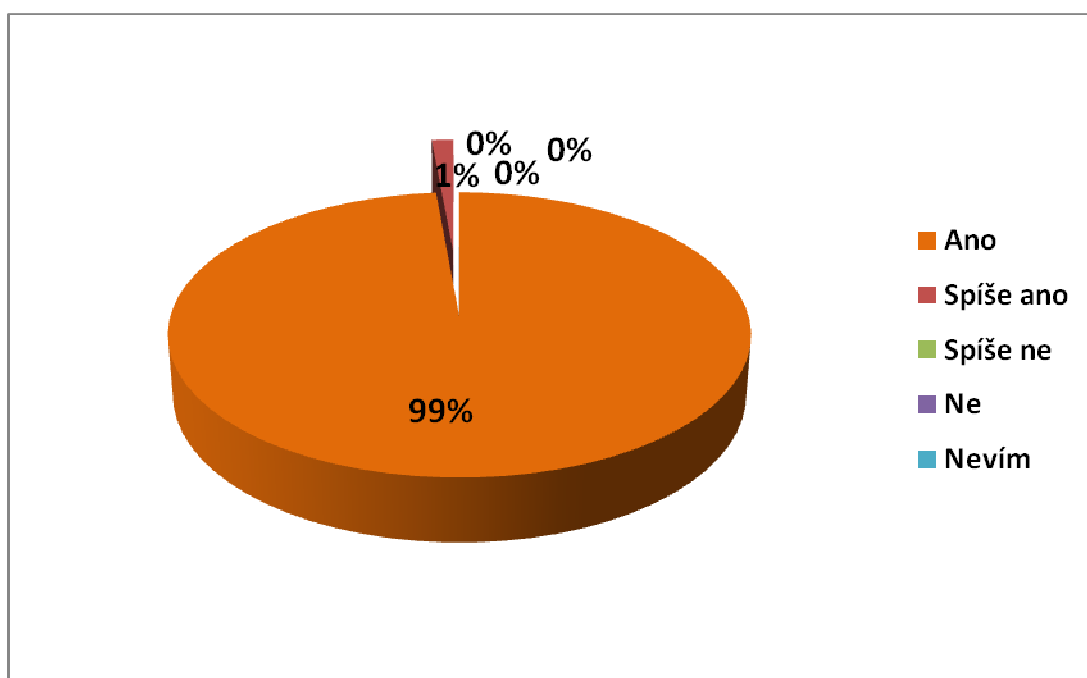
Na otázku jak sestry zajišťují, komfort klienta při jídle mohli sestry zaškrtnout více odpovědí. Z celkového počtu 70 sester 45 sester odpovědělo, že mu dá vše na dosah ruky, 7 sester při jídle dovolí klientovi si k jídlu sednout, 41 sester dá klientovi zvoneček, při potřebě si zazvoní, 25 sester odpovědělo, že klienta dá do pohodlné polohy, 43 sester klienta nakrmí a 13 sester odpovědělo, že se s touto problematikou neseťkaly.

Graf 17 Důležitost sledování moče u poranění pánve



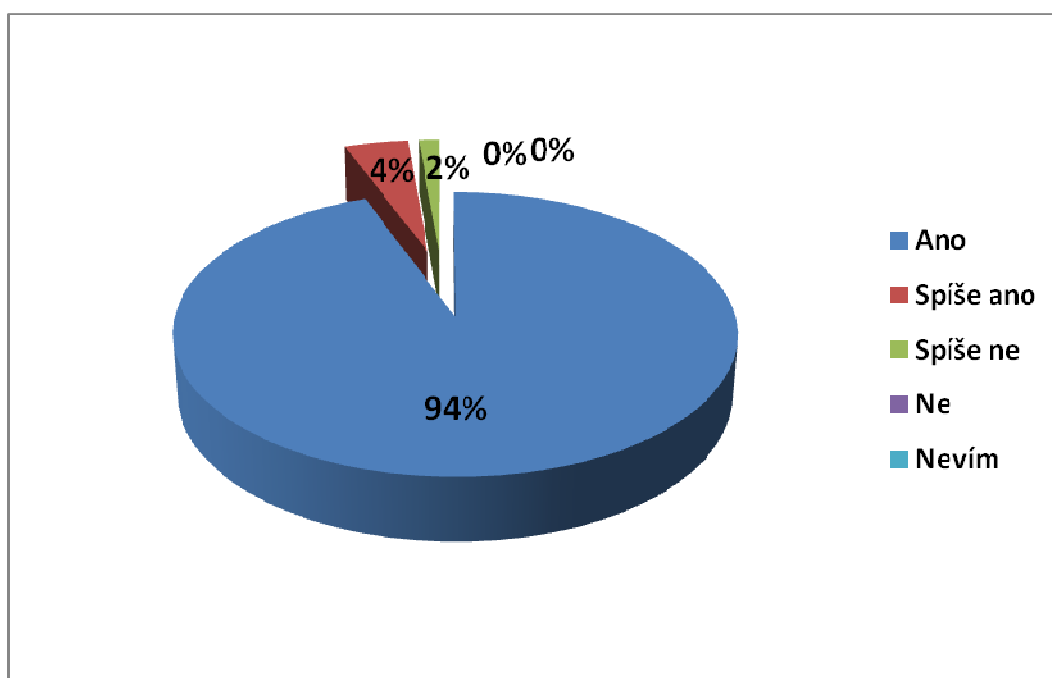
Z celkového počtu 70 sester 63 (90%) sester uvedlo, že je důležité sledování moče u poranění pánve, 4 (6%) sestry odpověděly, že spíše ano, 1 (1%) sestra odpověděla, že spíše ne, žádná sestra neodpověděla, že to není důležité a 2 (3%) sestry uvedly, že neví.

Graf 18 Důležitost prevence TEN u poranění pánve



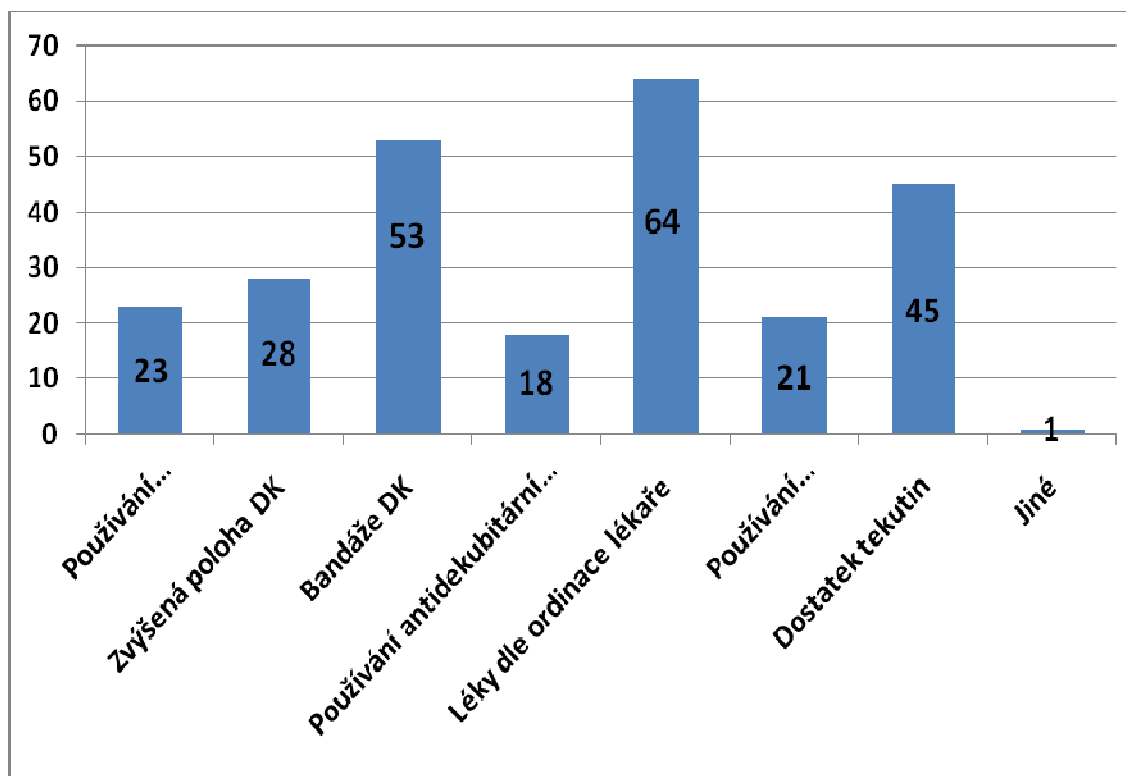
Z celkového počtu 70 sester 69 (99%) sester odpovědělo, že je důležitá u poranění pánve prevence TEN, 1 (1%) sestra uvedla, že spíše ano a na další možnosti neodpověděla žádná sestra.

Graf 19 Důležitost prevence dekubitů u poranění pánve



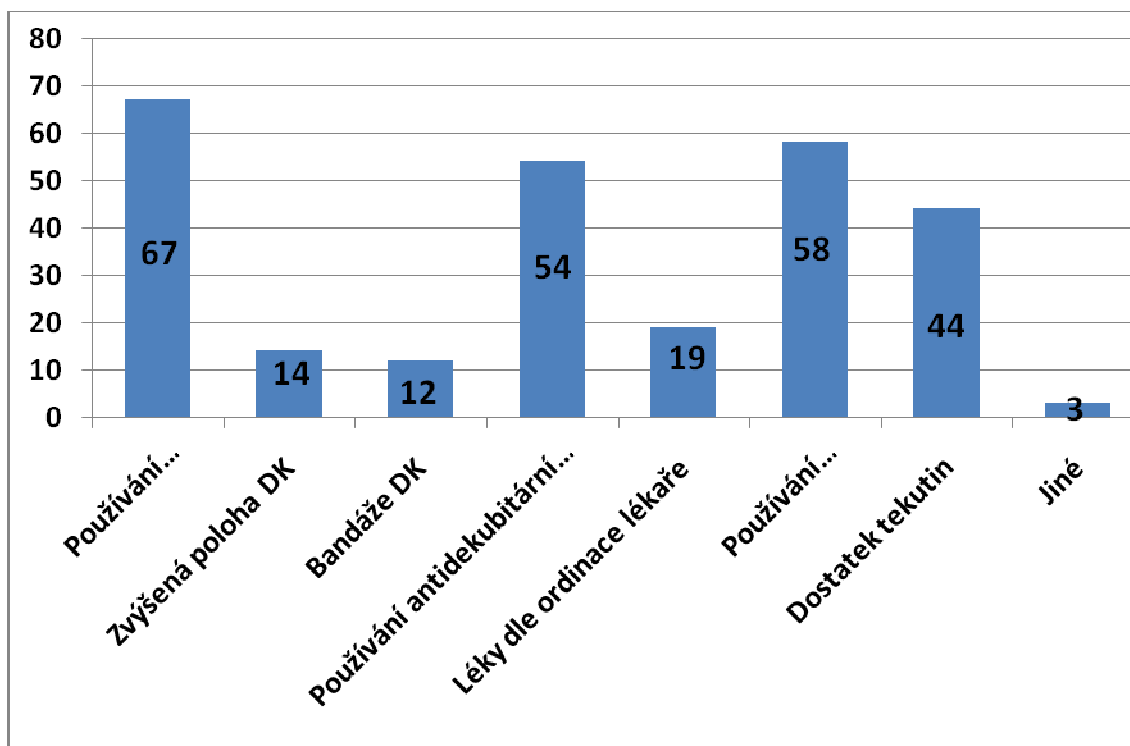
Z celkového počtu 70 sester 66 (94%) sester odpovědělo, že je důležitá u poranění pánve prevence dekubitů, 3 (4%) sestry uvedly, že spíše ano, 1 (2%) sestra uvedla spíše ne a na další možnosti neodpověděla žádná sestra.

Graf 20 Pomůcky na prevenci TEN



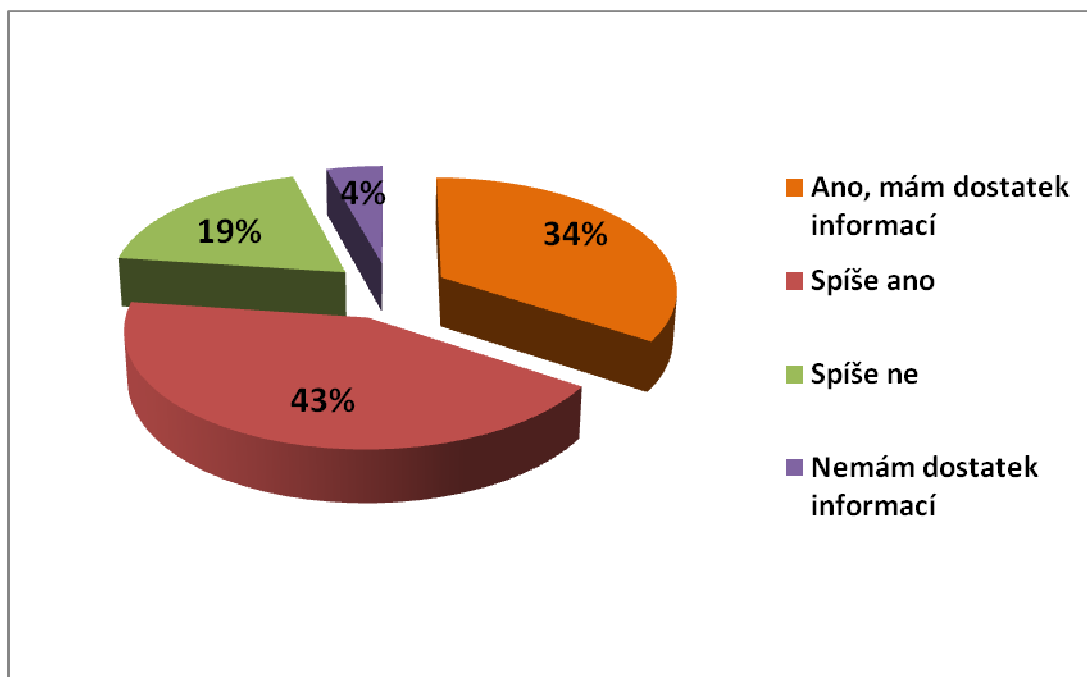
Na otázku jaké sestry používají pomůcky na prevenci TEN, kde mohli zaškrtnout více odpovědí, z celkového počtu 70 sester odpovědělo 23 sester, že používá antidekubitární pomůcky, 28 sester klientovi zvýší polohu DK, 53 sester provádí bandáže DK, 18 sester používá antidekubitární matrace, 64 sester dává léky dle ordinace lékaře, 21 sester používá antidekubitární masti, pasty, krémy, 45 sester dává klientovi dostatek tekutin a 1 sestra opověděla, že žádné pomůcky nepoužívá.

Graf 21 Pomůcky na prevenci dekubitů



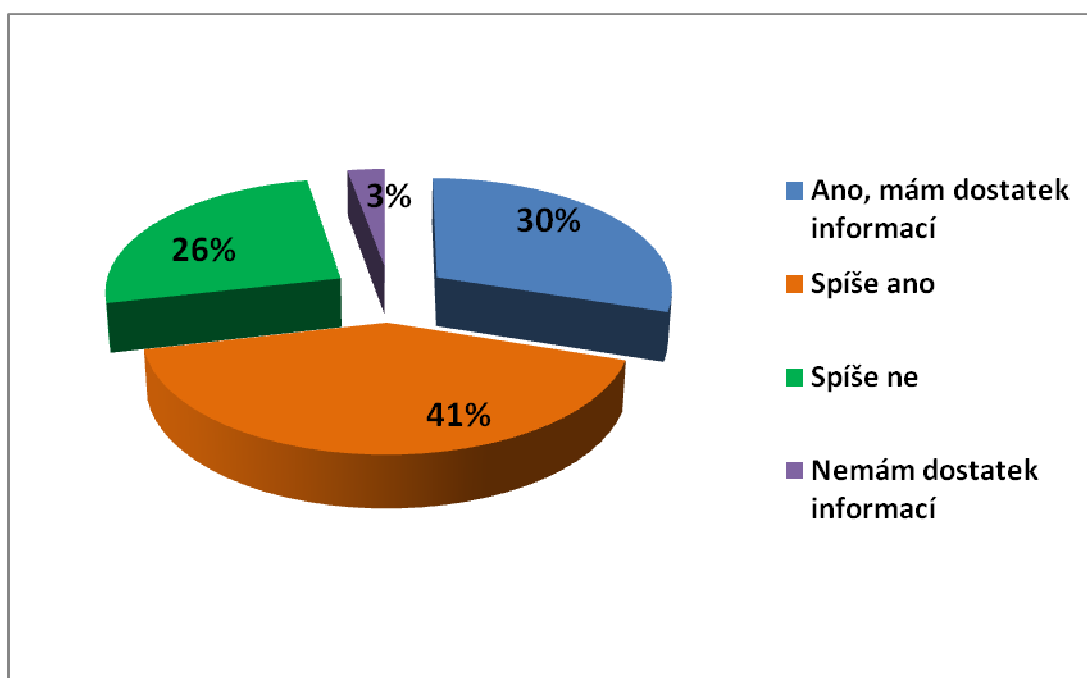
Na otázku jaké sestry používají pomůcky na prevenci dekubitů, kde mohli zaškrtnout více odpovědí, z celkového počtu 70 sester odpovědělo 67 sester, že používá antidekubitární pomůcky, 14 sester klientovi zvýší polohu DK, 12 sester provádí bandáže DK, 54 sester používá antidekubitární matrace, 19 sester dává léky dle ordinace lékaře, 58 sester používá antidekubitární masti, pasty, krémy, 44 sester dává klientovi dostatek tekutin a 3 sestry odpověděli, že žádné pomůcky nepoužívají.

Graf 22 Dostatek informací o konzervativní léčbě pánve



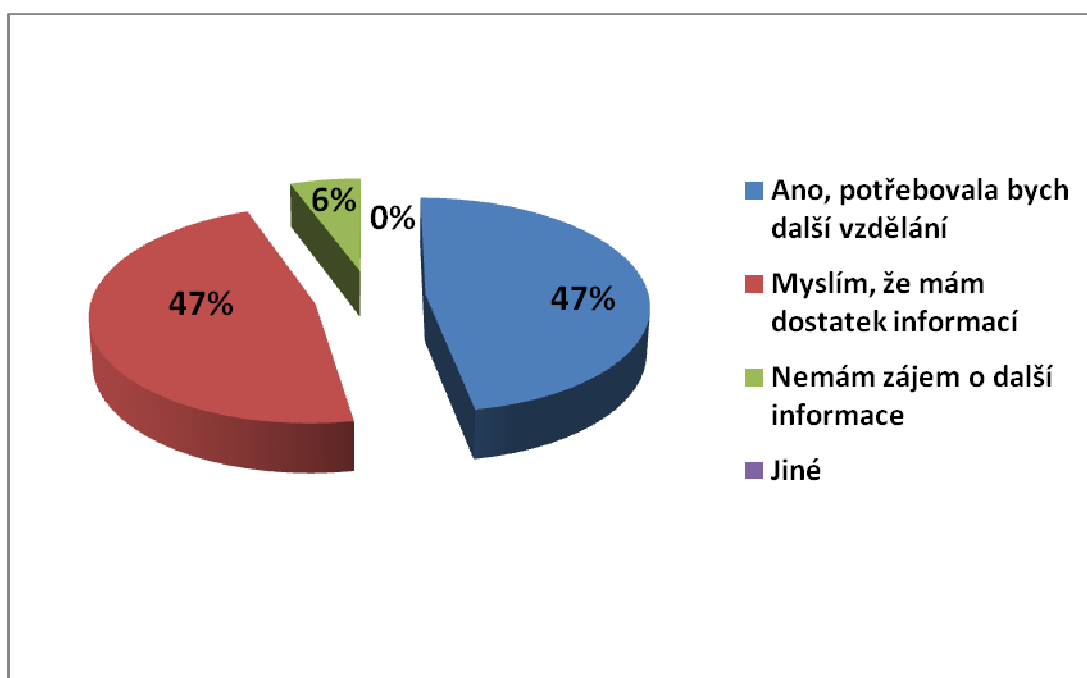
Na otázku, zda sestry mají dostatek informací o konzervativní léčbě mi z celkového počtu 70 sester pánve 24 (34%) sester odpovědělo, že má dostatek informací, 30 (43%) sester odpovědělo spíše ano, 13 (19%) sester uvedlo spíše ne a 3 (4%) sestry odpověděli, že nemají dostatek informací.

Graf 23 Dostatek informací o chirurgické léčbě pánve



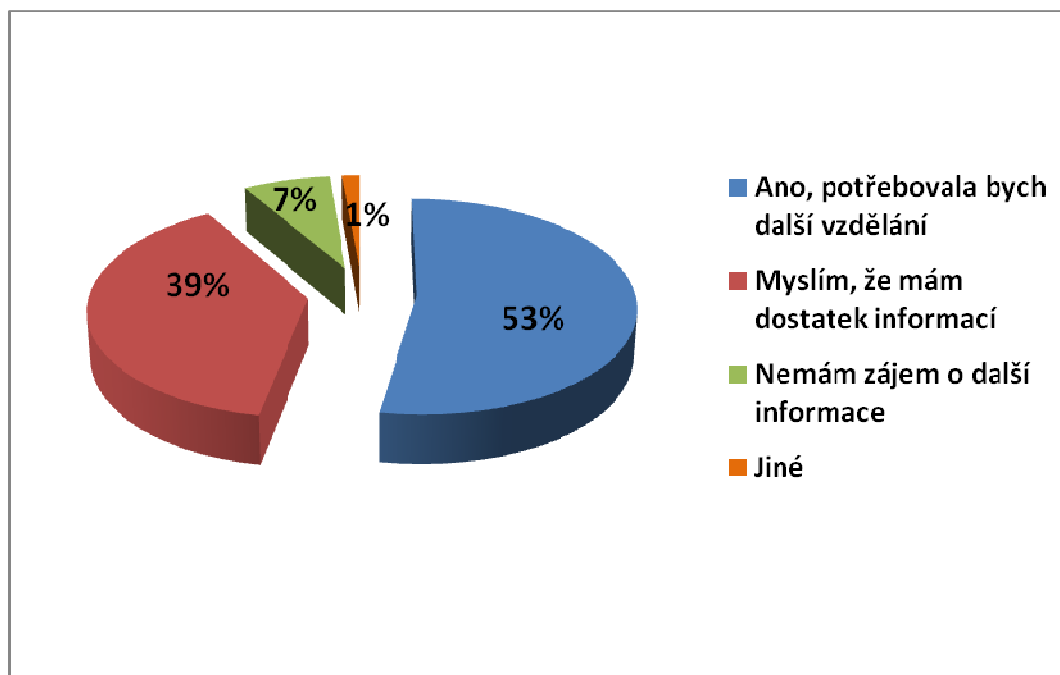
Na otázku, zda sestry mají dostatek informací o chirurgické léčbě pánve, mi z celkového počtu 70 sester odpovědělo 21 (30%) sester, že má dostatek informací, 29 (41%) sester spíše ano, 18 (26%) spíše ne a 2 (3%) sester nemá dostatek informací.

Graf 24 Potřeba dalších informací ohledně konzervativní léčby páneve



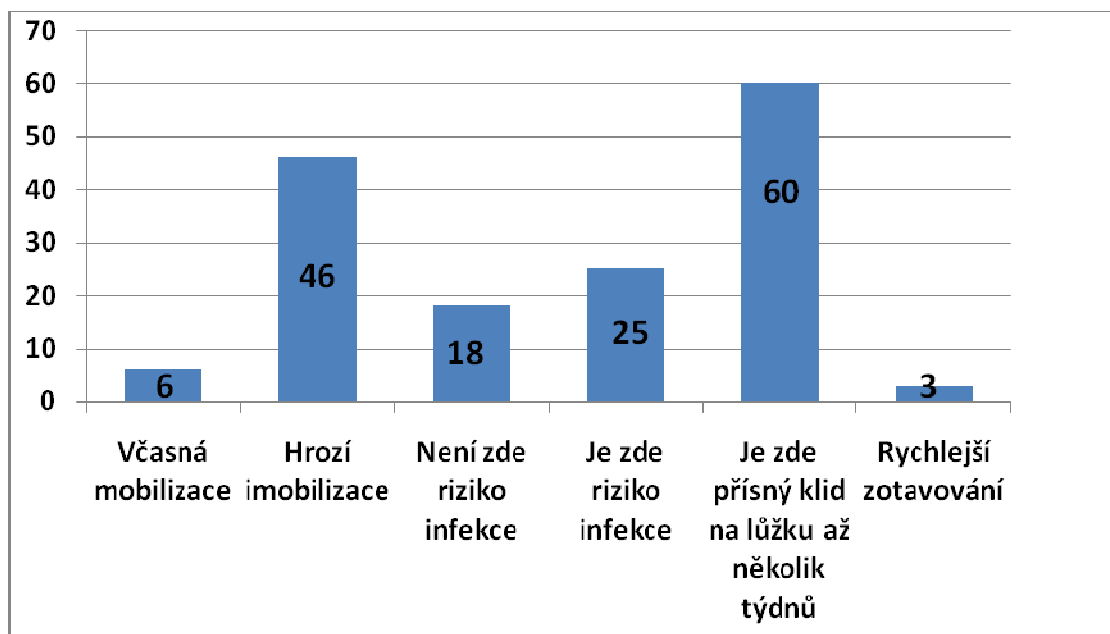
Z celkového počtu 70 sester 33 (47%) sester by potřebovala další vzdělání, 33 (47%) sester si myslí, že má dostatek informací, 4 (6%) sestry nemají zájem o další informace a nikdo neopověděl jiné.

Graf 25 Potřeba dalších informací ohledně chirurgické léčby pánve



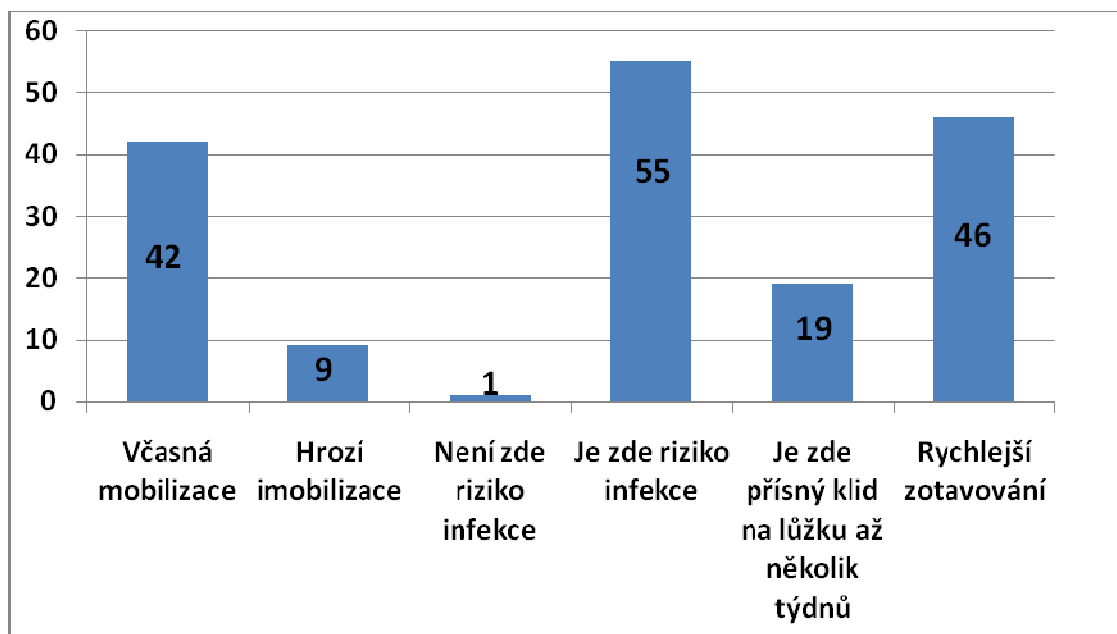
Z celkového počtu 70 sester 37 (53%) sester uvedlo, že by potřebovaly další vzdělání, 27 (39%) sester myslí, že má dostatek informací, 5 (7%) sester nemá zájem o další informace a 1 (1%) sestra uvedla, že má dostatek informací a nepotřebuje další vzdělávání.

Graf 26 Charakteristika konzervativní léčby



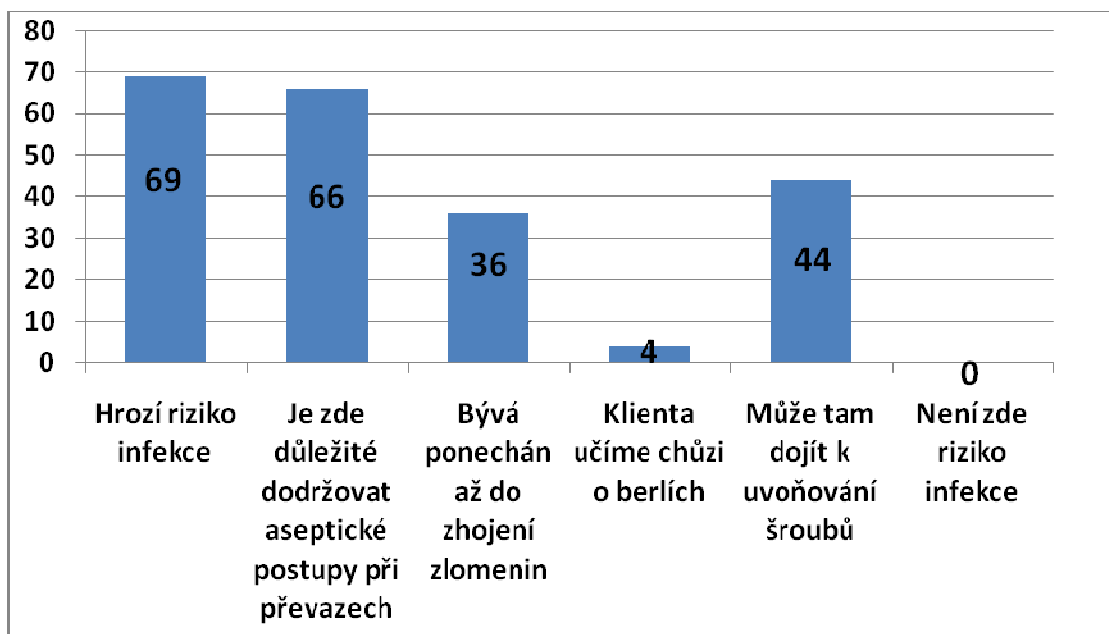
Na otázku co si sestry myslí, že je charakteristické pro konzervativní léčbu, mohli sestry zaškrtnout více odpovědí, z celkového počtu 70 sester odpovědělo 6 sester, že je včasná mobilizace, 46 sester, že hrozí imobilizace, 18 sester si myslí, že není riziko infekce, 25 sester odpovědělo, že je riziko infekce, 60 sester odpovědělo, že je přísný klid na lůžku až několik týdnů a 3 sestry si myslí, že je rychlejší zotavování.

Graf 27 Charakteristika chirurgické léčby



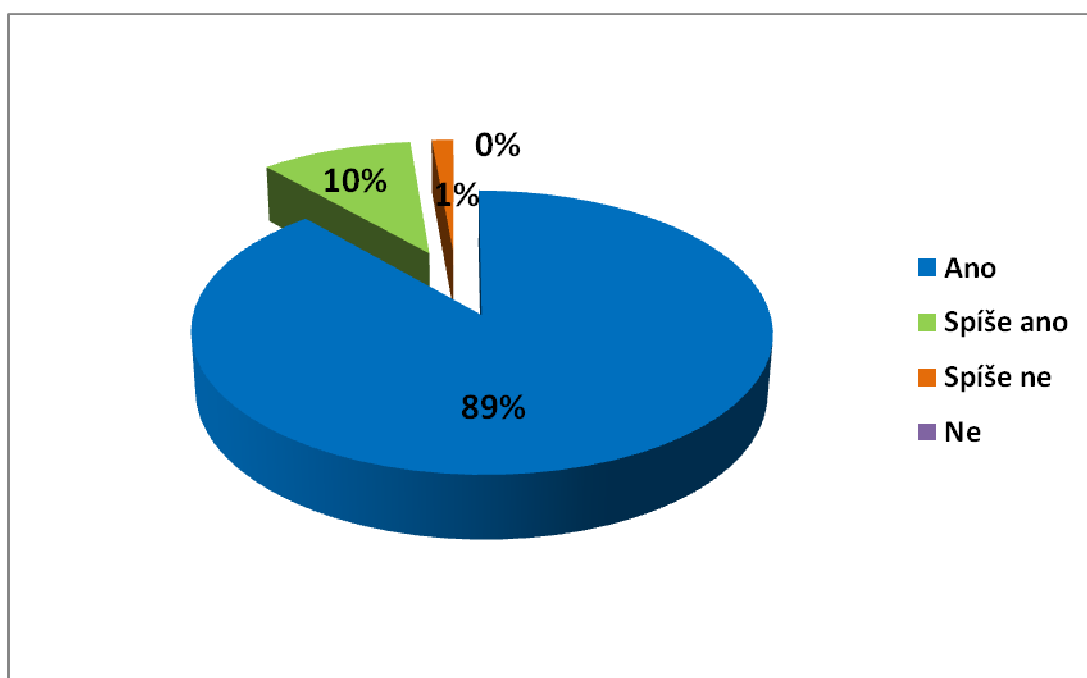
Na otázku co si sestry myslí, že je charakteristické pro chirurgickou léčbu, mohli sestry zaškrtnout více odpovědí, z celkového počtu 70 sester odpovědělo 42 sester, že je včasná mobilizace, 9 sester, že hrozí imobilizace, 1 sestra si myslí, že není riziko infekce, 55 sester odpovědělo, že je riziko infekce, 19 sester odpovědělo, že je přísný klid na lůžku až několik týdnů a 46 sestry si myslí, že je rychlejší zotavování.

Graf 28 Charakteristika zevního fixátoru u pánve



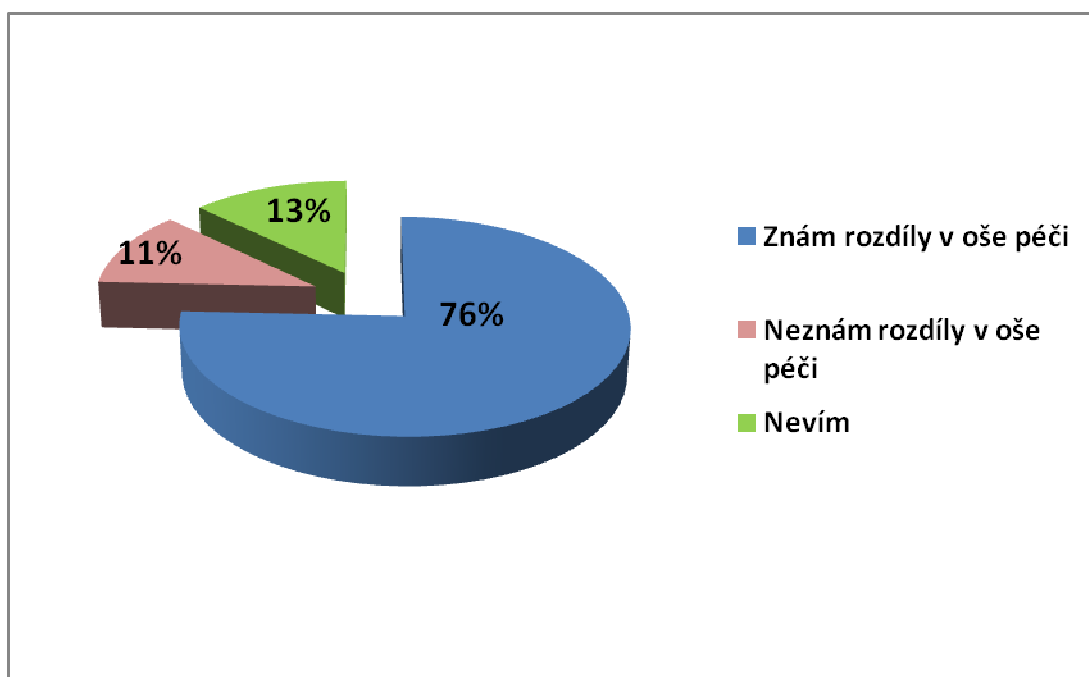
Otázka byla, co je charakteristické pro zevní fixátor u pánve. Bylo možné zaškrtnout více odpovědí. Z celkového počtu 70 sester 69 sester odpovědělo, že je zde riziko vzniku infekce, 66 sester si myslí, že je důležité dodržovat aseptické postupy při převazech, 36 sester si myslí, že se nechává až do zhojení zlomenin, 4 sestry by učily klienta chůzi o berlích, 44 sester odpovědělo, že tam může dojít k uvoňování šroubů a žádná sestra si nemyslí, že tam není riziko infekce.

Graf 29 Důležitost rehabilitace u klientů po operaci pánve



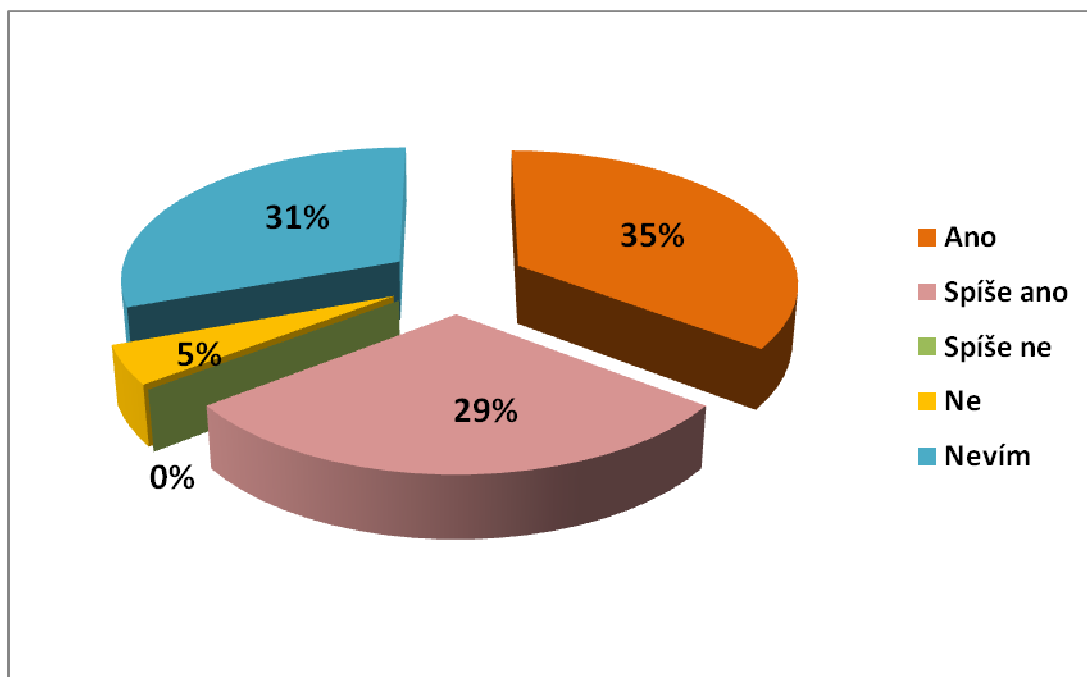
Z celkového počtu 70 sester 62 (89%) sester odpovědělo, že je důležitá rehabilitace u klientů po operaci pánve, 7 (10%) sester uvedlo spíše ano, 1 (1%) sestra uvedla spíše ne a žádná sestra neopověděla ne.

Graf 30 Znalost rozdílu v ošetrovateľskej péči medzi chirurgickou a konzervatívnou liečbou v úraze pánve

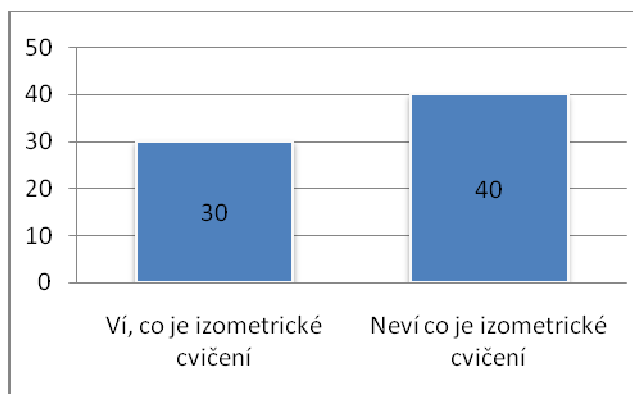


Z celkového počtu 70 sester 53 (76%) sester odpovedalo, že zná rozdíly v ošetrovateľskej péči medzi chirurgickou a konzervatívnou liečbou, 8 (11%) sester odpovedalo, že nezná rozdíly v ošetrovateľskej péči a 9 (13%) sester neví.

Graf 31 Vhodnost izometrického cvičení DK

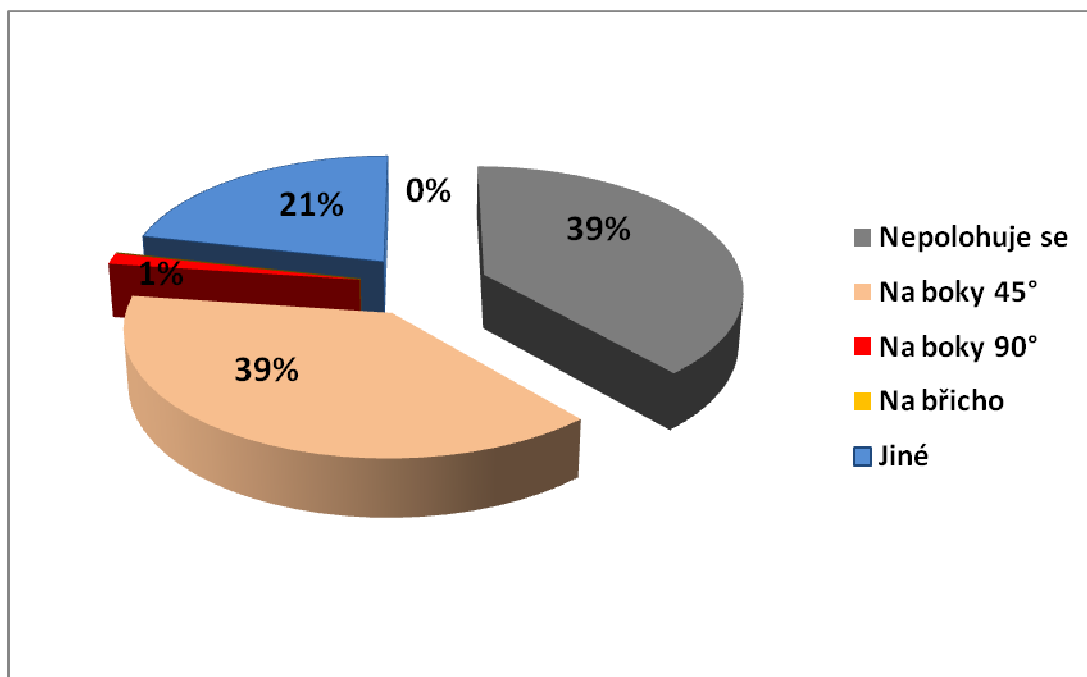


Z celkového počtu 70 sester 30 (35%) sester uvedlo, že je vhodné izometrické cvičení DK, 25 (29%) sester odpovědělo spíše ano, žádná sestra neuvedla spíše ne, 4 (5%) sestry uvedly, že není vhodné izometrické cvičení a 26 (31%) neví.



Z celkového počtu 70. sester 30 sester (43%) ví, jak se provádí izometrické cvičení, 40 (57%) sester neví, jak se izometrické cvičení cvičí.

Graf 32 Polohování klienta na lůžku se zevním fixátorem u pánve



Z celkového počtu 70 sester 27 (39%) sester odpovědělo, že se klienti se zevním fixátorem nepolohují, 27 (39%) sester uvedlo, že se polohuje na boky 45°, 1 (1%) sestra uvedla, že se polohuje na boky 90°, žádná sestra neuváděla, že se klient polohuje na břicho a 15 (21%) sester odpovědělo, že neví.

4.2 Pozorování

Tabulka 1 Výměna pánevního závěsu

S = respondent	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Dle potřeby	6	1	1	1	1	1	1
1x denně a dle potřeby	1						1
1x za dva dny a dle potřeby	3	1	1			1	
1x za tři dny a dle potřeby	2			1	1		

Z celkového počtu 6 sester, jsem pozorováním zjistila, že všechny sestry umí vyměnit pánevní závěs a všechny sestry ho mění u klienta dle potřeby, dále 1 sestra ho mění každý den a dle potřeby, 3 sestry ho mění 1x za dva dny a dle potřeby a 2 sestry ho mění 1x za tři dny a dle potřeby.

Tabulka 2 Hygiena u klientů

S = respondent	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Klient sám	0						
Klient + oše. personál	4	1	1		1		1
Jen oše. Personál	2			1		1	

Z celkového počtu 6 sester jsem vypožorovala, že žádná sestra nenechá klienta provádět hygienu samotného, 4 sestry klientovi s hygienou pomáhají a 2 sestry přebírají hygienickou péči o klienta úplně.

Tabulka 3 Antidekubitární pomůcky

S=respondent	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Antidekubitární matrace	6	1	1	1	1	1	1
Molitanová dlaha	6	1	1	1	1	1	1
Polštář	6	1	1	1	1	1	1
Dekuba	4	1	1	1		1	

Z celkového počtu 6 sester, jsem pozorovala, že všech 6 sester používá jak antidekubitární matraci, tak molitanové korýtko, tak polštář a 4 sestry používají dekubu.

Tabulka 4 Pomoc klientovi při jídle

S=respondent	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Ano	6	1	1	1	1	1	1
Ne	0						

Z celkového počtu 6 sester, všech 6 sester pomáhá klientovi při jídle.

Tabulka 5 Posazení do pohodlné polohy do bolesti klienta

S=respondenti	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Ano	6	1	1	1	1	1	1
Ne	0						

Z celkového počtu 6 sester jsem vyzorovala, že všechny umožní klientovi zvýšenou polohu do bolesti.

Tabulka 6 Hlídání změn prokrvení a citlivosti dolních končetin

S=respondenti	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Ano	6	1	1	1	1	1	1
Ne	0						

Z celkového počtu 6 sester jsem vyzorovala, že všech 6 sester hlídá pravidelně každou hodinu prokrvení a citlivost na dolních končetinách.

Tabulka 7 Vyprazdňování moče u klienta

S=respondenti	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Ano	6	1	1	1	1	1	1
Ne	0						

Z celkového počtu 6 sester, jsem vypořozovala, že všechny (100%) sestry hlídají u klienta vyprazdňování moče.

Tabulka 8 Pomůcky při vyprazdňování moče

S=respondenti	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Zavedení PMK	6	1	1	1	1	1	1
Podložní mísa	0						
Podložka	0						
Močová lahev	0						

Z celkového počtu 6 sester, jsem vypořozovala, že vždy je u klienta zavedený permanentní močový katétr.

Tabulka 9 Pomůcky při vyprazdňování stolice

S=respondenti	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Podložka	5	1	1		1	1	1
Podložní mísa	1			1			
Použití WC	0						

Z celkového počtu 6 sester, jsem pozorovala, že 1 sestra použila na vyprázdnění stolice u klienta podložní mísu a 5 (83%) sester používá u klienta podložku a žádná sestra nepoužívá u klienta WC.

Tabulka 10 Prevence tromboembolické nemoci

S=respondenti	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Odebírání krve dle ordinace lékaře	6	1	1	1	1	1	1
Antikoagulancia	6	1	1	1	1	1	1
Bandáže DK	0						
Dostatek tekutin	6	1	1	1	1	1	1
Zvýšená poloha DK	4	1		1	1	1	
Rehabilitace	4	1	1		1	1	

Z celkového počtu 6 sester, jsem upozorovala, že 6 sester odebírá krev dle ordinace lékaře, 6 sester používá antikoagulancia, žádná bandáže dolních končetin, 6 sester dává klientovi dostatek tekutin, 4 sestry dávají klientovi dolní končetiny do zvýšené polohy a 4 sestry uplatňují rehabilitaci.

Tabulka 11 Polohování v pánevním závěsu

S=respondenti	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Nepolohuje	0						
Polohuje DK	6	1	1	1	1	1	1
Podkládá hlavu a trup	6	1	1	1	1	1	1
Otáčí na boky	0						

Z celkového počtu 6 sester, jsem vyzorovala, že všechny sestry polohují klienta a to tak, že polohuje dolní končetiny a podkládá hlavu a trup.

5. Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit znalosti a dovednosti sester o klienta po úrazu pánve na jednotlivých odděleních. Pro získání potřebných údajů jsem použila dotazníku a zúčastněného pozorování.

Výzkumný vzorek pro dotazníkovou metodu bylo 70 (100%) sester na traumatologickém, ortopedickém, chirurgickém, anesteziologicko resuscitačním oddělení a jednotce intenzivní péče. Při zúčastněném pozorování jsme sledovaly při práci celkem 6 sester, které se staraly o klienty v pánevním závěsu. Z dotazníku jsme vypožorovaly, že nejpočetnější skupina sester, což bylo 28%, má praxi méně jak 2 roky (graf 2). Podle vzdělání je na těchto odděleních zaměstnaných nejvíce sester se středoškolským vzděláním (graf 1).

Na pátou otázku v dotazníku, zda se sestry setkaly se zlomeninou pánve v rámci svého zaměstnání, nám 97% sester zaškrtno odpověď ano. Jelikož toto onemocnění nebývá tak časté, je až překvapivé, že se s touto problematikou nesetkala jen 2 % sester. Následně na to navazuje otázka, která je uvedena v grafu 9, jak často se sestry setkávají se zlomeninou pánve. Zde nám vyplynulo, že v 52% se tyto případy vyskytují 1x za půl roku, ve 26 % 1x měsíčně a v 21% se buď nesetkaly nikdy s takovýmto klientem, nebo odpověděly, že byl výskyt 1x ročně. Vysvětlujeme si tyto rozdílné odpovědi tím, že dotazníkové šetření probíhalo ve dvou nemocnicích a v každé z nich se zabývají jiným typem léčení. Jelikož v prachatické nemocnici není traumatologické centrum, jsou těžší případy překládány do nemocnice České Budějovice. V další otázce, která na tuto problematiku navazuje, jsme se ptaly, s jakým typem ošetřování se spíše sestry setkávají. Z výsledku grafu nám vyšla jako nejčastější odpověď, že se sestry setkávají i s konzervativní i s chirurgickou léčbou stejně.

První hypotézu, kterou jsme si určily, byla, zda sestry znají odlišnosti v ošetrovatelské péči u pacientů po operaci zlomenin pánve a v konzervativní léčbě po úrazu pánve. Na tuto hypotézu jsme použily dotazníkové šetření. Při zjišťování, zda mají sestry dostatečné informace o konzervativní léčbě zlomenin pánve, tak 20 sester odpovědělo kladně. Vezmeme-li v úvahu, že odpovědí spíše ano bylo 34, kdy tedy

sestry přeci jenom nějaké poznatky a informace postrádají a až 16 sester nemá dostatek znalostí, předpokládali bychom, že bude větší počet sester, které by si chtěly informace doplnit, nebo upřesnit. Ale opak byl pravdou, protože pouze 33 sester, projevílo zájem o větší informovanost. Čím si to vysvětlit? Je možné, že mají dostatek informací právě proto, že jsou aktivní, samy si je shánějí, navštěvují konference, semináře a stále se chtějí vzdělávat. Druhá skupina sester, o informace nemá zájem nebo si myslí, že vystačí s tím, co doposud poznaly. Ale podvědomě si uvědomují, že ty informace nebudou dostačující, jak samy v dotazníku uvedly. Potřebují nějaký podnět či impuls, aby se zamyslely nad dalším sbíráním informací a vzděláváním se? Nemají strach, že svou neinformovaností způsobí poškození pacienta svým ošetřovatelským pochybením?

U chirurgické léčby uvedlo 21 sester dostatečnou informovanost o této léčbě a opět 29 sester spíše ano. Zde již 37 sester uvedlo zájem o další vzdělávání. Je to tím, že je to chirurgická léčba, oddělení jsou chirurgického charakteru? Chirurgická léčba pro některé je přeci jenom něčím novým? Ale ještě jedno zjištění bylo zajímavé. V obou případech léčby odpověděla vždy shodná skupina sester, že nemá vůbec zájem o další vzdělávání.

Kontrolu, zda sestry opravdu znají zásadní rozdíly mezi konzervativní a chirurgickou léčbou, poskytovaly následující otázky, ve kterých měly tyto typy léčby charakterizovat. V konzervativní léčbě nám 60 sester ze 70 odpovědělo, že je to přísný klid na lůžku až několik týdnů. Další nejčastější odpověď byla, že hrozí imobilizační syndrom a na třetím místě byla odpověď, že hrozí riziko infekce. Když se nad těmito odpověďmi zamyslíme a zkonfrontujeme je s literaturou (21, 26), zjistíme, že mají sestry pravdu. V literatuře (21) je taktéž vyžadován při léčbě v pánevním závěsu podle typu zlomenin klid na lůžku a to v délce od 3 do 12 týdnů. Je ale sporné riziko infekce. V konzervativní léčbě se podle literatury (13) toto riziko vyskytuje v daleko menší míře než v léčbě chirurgické. Pravděpodobně sem sestry promítly možnost riziko močové infekce při eventuelním zavedení permanentního katétru. V chirurgické léčbě sestry označily jako nejčastější odpověď riziko infekce, rychlejší zotavování a včasnou mobilizaci. S přihlédnutím k literatuře (21) myslím, že i v tomto bodě měly sestry pravdu. V publikaci (1, 21, 26) se uvádí, že chirurgické řešení se provádí hlavně u

polytraumat. Vzhledem k operačnímu zákroku je pak riziko infekce vyšší. Aby se předešlo komplikacím, volí se podle ordinace lékaře a fyzioterapeutického pracovníka včasná rehabilitace a vertikalizace. Záleží zde ale velmi na zdravotním stavu klienta.

Dále jsme se zabývaly otázkou, zda se sestry setkaly se zevním fixátorem. V literárním zdroji (21, 26) je řazen do miniinvazivních metod. 62 sester se s touto metodou setkalo, zbývajících 8 tuto metodu nikdy nepoužilo. Týkalo se to sester z prachatické nemocnice, které se opravdu s největší pravděpodobností s tímto typem léčby nemohly setkat, protože jak již bylo výše zmíněno, komplikovaná poranění pánve se překládají na specializovaná pracoviště. Jako charakteristiku této metody sestry nejčastěji uváděly riziko infekce, důležitost aseptického postupu při převazech a hrozba uvolnění šroubů. Správnost odpovědí jsme opět ověřili v literatuře.(21, 26). Nejednoznačné odpovědi uváděly sestry v možnostech týkajících se délky užívání zevního fixátoru. Část uvedla možnost nechat fixátor až do zhojení zlomeniny. V literatuře (21, 26) se uvádí, že to může být buď jako dočasné řešení, nebo se může nechat do zhojení zlomeniny. Takže i v tomto případě sestry prokázaly své znalosti, jelikož vědí, že je nutné přihlídnout k individuálnímu řešení u každého klienta, nemůže být vždy stejné řešení. Oproti tomu při otázce, zda učíme klienta se zevním fixátorem chůzi o berlích, 4 sestry uvedly kladnou odpověď. Nedokážeme si představit, jak by klient chůzi o berlích zvládl, vzhledem k tomu, že by mu fixátor značně překážel. Omluvou může být fakt, že již zmíněné 4 sestry pracují v prachatické nemocnici a se zevním fixátorem se nikdy nesetkaly. Je tedy zřejmé, že nemají představu o možnostech pacienta se zevním fixátorem. Je tedy pouze otázkou doškolení, které jejich mezery v této oblasti péče v krátkém čase doplní. Mezi poslední otázku k zevnímu fixátoru byla na polohování klienta v lůžku. 27 sester odpovědělo na tuto otázku, že klienta nepolohují a 27 sester, což je stejný počet, polohují klienta na boky 45°. Dle literatury (21) by se klient měl správně polohovat na boky 45°. Mým názorem je, že mají sestry strach s klientem manipulovat, tak ho raději nepolohují. Ovšem potom je ztížena ošetrovatelská péče při prevenci dekubitů. Ještě je zde uveden názor sester na rehabilitaci po obou typech léčby. Většina sester odpověděla kladně, ale našla se i jedna, která odpověděla záporně. K rehabilitaci byla použita ještě jedna otázka, která

zněla, zda sestry umí popsat izometrické cvičení. 30 sester nám toto cvičení dokázalo popsat a 40 ne. Správně by toto cvičení sestry měly znát, jelikož je v jejich kompetenci a hlavně cévní gymnastiku je nutné samozřejmě používat při prevenci TEN. Na závěr této části lze říci, že tato hypotéza se potvrdila.

V další části diskuze se budeme zabývat druhou hypotézou, která zněla, zda sestry dodržují správné zásady v ošetrovatelské péči u pacientů po operaci zlomenin pánve a v konzervativní léčbě po úrazu pánve. K hodnocení této hypotézy bylo použito anonymního dotazníku v kombinaci se zúčastněným pozorováním. Pozorování vyházel z otázek dotazníku. Jedna ze znalostí a samozřejmě i dovedností je výměna pánevního závěsu. Po ošetrovatelské stránce je výměna pánevního závěsu pro sestry náročná nejen po fyzické stránce, ale musí umět klienta připravit vhodnou komunikací, vysvětlením postupu, minimalizovat bolest správnou a rychlou manipulací. Z vyhodnoceného grafu mi vyšlo, že z celkového počtu 70 ti sester 59 umí vyměnit tento závěs. Ale jak je to ve skutečnosti. Při pozorování jsem měla možnost být při této práci a sledovat sestry, zda dodržují postup, který je zmíněný v odborné literatuře (8). Z tohoto pozorování se mi potvrdily i výsledky z grafů, kdy sestry umí tento závěs vyměnit. Sestry vysvětlily klientovi postup, zajistily vhodnou komunikací jeho spolupráci. Výměna byla provedena bez zbytečných prodlev. Jak často se pánevní závěs u klienta mění, nám literatura (8) uvádí 1x za dva dny a dle potřeby, ale v pozorování na oddělení jsem zjistila výměnu pouze dle potřeby. Naopak z grafů byla vyhodnocena jako nejčastější odpověď 1x denně a dle potřeby. Zajímavě se jeví fakt odlišností mezi výsledky dotazníků s vlastním pozorováním. A to například v tomto případě. Z toho můžeme usoudit, buď ne všechny sestry tento dotazník poctivě vyplnily, nebo opravdu znají správný postup, ale není možné jej praktikovat z různých příčin, jako například nedostatek prádla na oddělení. Během pozorování jsem se zaměřila na další stanovený cíl. Zajímalo mně, jak je prováděna u klienta hygienická péče. Překvapujícím faktem bylo, že dochází k zapojení klienta do hygienické péče, ale samozřejmě vše je prováděno dle aktuálního zdravotního stavu klienta. Tento postup je přínosný pro psychickou pohodu klienta. Nemá pocit, že je absolutně bezmocný, odkázaný na druhého, ale z druhé strany má jistotu, že kdykoliv bude potřebovat při hygieně pomo,

je sestra na blízku. Při otázce využívání antidekubitárních pomůcek u pánevního závěsu velká část sester odpověděla kladně. Na oddělení jsme ověřily pravdivost tohoto tvrzení spolu se skutečností, že v tomto ohledu kladou sestry velký důraz i na jiný ošetřující personál, který se na péči o tohoto klienta podílí. Zdravotnický personál využívá antidekubitární pomůcky, jako molitanovou dlahu, kterou klientovi sestry vypoďloží dolní končetiny. Dále pak polštář na vypoďložení hlavy a trupu. V dokumentaci pak sestry u klienta uvádí využívání dekuby a antidekubitární matrace. Dle literatury (14, 24) je důležitá v první řadě prodyšnost využívaných pomůcek. Sestra musí věnovat zvláštní pozornost predilekčním místům. Podle našeho názoru je u těchto klientů velmi důležité tyto místa kontrolovat, jelikož se v pánevním závěsu klient nepolohuje. Byly jsme až překvapené, jak striktně se tato pravidla u klientů dodržují. Tuto otázku nám potvrdily jak vytvořené grafy, tak i vlastní pozorování a v závěru i literární zdroje. Podle vyhodnoceného grafu 14 nám sestry označily odpověď na pomůcky používané k vyprazdňování stolice podložní mísu, podložku a plenové kalhoty. V pozorování jsem zjistila, že nejčastěji využívanou možností představuje užívání jednorázových podložek, které představují pro klienta v pánevním závěsu nejpohodlnější řešení. I my vidíme v jejich užívání nejpohodlnější a nejefektivnější řešení pro klienta. I když jsou již podložní mísy tvarově vyráběny tak, aby byly co nejméně pohodlné v poloze vleže na lůžku, tak přeci jenom u tohoto poranění může být uložení na podložní míse velmi bolestivé. U vyprazdňování moči se volí zavedení permanentního močového katétru, což je patrné jak z grafů, tak z vlastního pozorování. Podle sester je nutné moč sledovat. Zajímalo nás, zda vůbec sestry ví, proč je pozorování moči tak důležité. Bez výjimky všechny na položenou otázku odpověděly správně. U poranění pánve je totiž velké riziko poranění vývodných cest močových (Pokorný, Koudela). Otázka týkající se komfortu při jídle vyznívá velmi sporně. Zde hodně záleží na stavu klienta. Proto sestry v dotazníku zaškrtnly více odpovědí. Vždy jsem si myslela, že pro ulehčení práce sester raději klienta nakrmí samy. Proto mě velmi překvapil fakt, když sestry označily v dotazníku v největším počtu odpovědí, dát klientovi vše na dosah ruky. Teprve až na druhém místě byla odpověď klienta nakrmit. 7 sester označilo možnost, že klientovi dovolíme k jídlu si sednout. I tato odpověď je správná, ale až v pozdější fázi léčby. Při

pozorování se odpovědi shodovaly se skutečností. Například důležité pravidlo dát klientovi vše na dosah ruky. Tato zásada se v nemocnici dodržuje a v případě, kdy klient potřebuje s jídlom pomoci, sestry mu ochotně vše připraví, a když klient potřebuje pomoci, ochotně jej nakrmí. Sestry klienta napolohují do pro něj příjemné polohy. Vyšší komfort klientovy poskytuje i zvoneček, kterým v případě potřeby či přání může kdykoli přivolat sestru. Podle vyplněných dotazníků sestrami patří prevence tromboembolické nemoci mezi důležité úkony. Velké procento sester uvedlo, kromě jiného, podávání tekutin, což bylo velkým a milým překvapením, protože se na tuto prevenci velmi často zapomíná. Sestry přikládají podle grafu v prevenci tromboembolické nemoci největší důležitost podávání léků dle ordinace lékaře a 53 sester pak jako stěžejní vidí bandáže dolních končetin. Při pozorování jsme ale zjistily nedostatky při přikládání bandáží dolních končetin. Ale podle literatury (22) do základní prevence tromboembolické nemoci bandáže dolních končetin řadíme. I další zásady jako aktivní nabízení tekutin klientovi, rehabilitace s fyzioterapeutickým pracovníkem a odběr krve dle ordinace lékaře řadíme k této prevenci. Velkým překvapením pro mě bylo, že kromě předešlých preventivních opatření, sestry sledují také prokrvení a citlivost dolních končetin, což je pozitivním faktem před možným vznikem komplikací.

Na základě výsledků grafů, použitých zdrojů a vlastního zúčastněného pozorování se nám hypotéza číslo 2 potvrdila. Sestry dodržují správné zásady v ošetrovatelské péči u pacientů po operaci zlomenin pánve a v konzervativní léčbě po úrazu pánve.

6. Závěr

V této práci byly stanoveny 2 cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda sestry znají odlišnost v ošetrovatelské péči u pacientů po operaci zlomenin pánve a v konzervativní léčbě po úrazu pánve. Druhým stanoveným cílem bylo zjistit, zda sestry znají odlišnost v ošetrovatelské péči u pacientů po operaci zlomenin pánve a v konzervativní léčbě po úrazu pánve. Cíle práce se nám splnily.

První částí mé bakalářské práce jsem se zabývala teoretickou částí, kterou jsem vypracovala na základě literatury, časopisů a internetových stránek. Tato část se mi moc dobře nepsala, jelikož literatura uvádí ve většině případů ošetřování o klienta se zlomeninou pánve z lékařského hlediska. Pro sestry tato problematika v žádné literatuře rozpracovaná není nebo je tato literatura zastaralá. Po teoretické části následovalo vypracování dotazníku, který byl rozdán na různých odděleních nemocnice České Budějovice, a. s. a Prachatic, a. s. Velmi mě zajímaly výsledky tohoto šetření. Byla jsem velmi překvapená, že sestry o této problematice mají přehled. Toto jsem si potvrdila zúčastněným pozorováním.

Myslím si, že by tato problematika měla být ve větší míře zahrnuta ve výuce studentů na zdravotnických školách, jelikož je zlomenina pánve velmi závažný stav, který člověka může ohrozit na životě.

Tato práce může být použita při seminářích na oddělení traumatologie a ortopedie, dále ji lze použít jako studijní materiál pro studenty ZSF JU. Výsledky pozorování budou poskytnuty vrchní sestře traumatologie pro potřeby oddělení

7. Seznam použitých zdrojů

1. DRÁBKOVÁ, J. *Polytrauma v intenzivní medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 308 s. ISBN: 80-247-0419-6.
2. DYLEVSKÝ, I., DRUGA, R., MRÁZKOVÁ, O. *Funkční anatomie člověka*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 664 s. ISBN 80-7169-681-1.
3. DYLEVSKÝ, I. *Základy anatomie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 271 s. ISBN 80-7254-886-7.
4. DYLEVSKÝ, I., *Somatologie*. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5
5. ELIÁŠOVÁ, M., *Úrazy II. Sestra*, Praha: Mladá Frota 2008. Ročník 18, 9/08, 55 s. ISSN 1210 – 0404
6. GÚTH, A., a kol. *Rehabilitacia 1: odborný časopis pre otázky liečebnej, pracovnej, psychosocialnej a výchovnej rehabilitacie*. Bratislava: Liečreh Grúth, 2001. 128 s. ISSN 0375 – 0922.
7. HROMÁDKOVÁ, J. a kol. *Fyzioterapie*. 1. vyd. Jihlava: H & H Vyšehradská, 2002, 428 s. ISBN 80-86022-45-5.
8. HRUBOVSKÝ, J. a kol. *Chirurgie*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2002. 157 s. ISBN 80-86432-39-4.
9. CHMELOVÁ, J., *Může mít nová CT klasifikace zlomenin acetabula význam pro klinickou praxi?*. [online], [citace 4. 11. 2008]. Dostupné na:
<http://www.achot.cz/detail.php?stat=105>
10. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. vyd. Adamov: Mikada, 2000, 107 s. ISBN: 80-7013-319-8.
11. KOLÁŘ, J., *Zlomeniny pánevního pletence, diagnostika, klasifikace*. [online], [citace 4. 11. 2008]. Dostupné na: http://www.nlk.cz/nlkcz/uvod.php?id_m=367
12. KRBEC, M., *Zlomeniny pánve a acetabula*. [online], [citace 4. 11. 2008]. Dostupné na:
http://www.med.muni.cz/Traumatologie/Ortopedie_B/Ortopedie_1/Ortopedie_1.htm
13. KOUDELA, K. a kol., *Ortopedická traumatologie*. 1. Vyd. Praha: Karolinum, 2002. 147 s. ISBN 80-246-0392-6.

14. KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetrovatelstvo*. 2 díl. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
15. LAWRENCE, W. WAY, a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba II. díl. 1.* české vyd. Praha: Grada, 1998. 1660 s. ISBN 80-7169-397-9.
16. MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství*. 2. díl. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
17. MAREČKOVÁ, J., *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
18. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada Publishing, 2006, 172 s. ISBN: 80-247-1443-4.
19. MIKULA, J., MULLEROVÁ, N. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 98 s. ISBN: 978-80-247-2043-2.
20. PETROVICKÝ, P., *Anatomie s topografií a klinickými aplikacemi*. Martin: Osveta, 2001. 464 s. ISBN 80-8063-046-1.
21. POKORNÝ, V. a kol. *Traumatologie*. Praha: Triton, 2002. 307 s. ISBN 80-7254-277-X.
22. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 376 s. ISBN: 80-247-0932-5.
23. SKALICKÁ H. a kol. *Předoperační vyšetření*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN: 978-80.247-1079-2.
24. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 280 s. ISBN: 80-247-1148-6.
25. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
26. VIŠŇA, P., HOCH, J., a kol. *Traumatologie dospělých*. Praha: Maxdorf, 2004. 157 s. ISBN 80-7345-034-8.
27. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny: 11 000 hesel, barevná anatomická příloha*. 6. rozšířené vydání. Praha: MAXDORF s.r.o., 2000. 490s. ISBN 80-85912-38-4.
28. ZEMAN, M. a kol. *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000, 524 s. ISBN: 80-7169-705-2.

8. Klíčová slova

Konzervativní léčba

Chirurgická léčba

Klient / pacient

Pánev

Ošetřování

9. Přílohy

9.1 Dotazník

9.2 Tabulky

9. 1 Dotazník

Vážené sestry,

Jmenuji se Hana Adamčíková a jsem studentkou 3. ročníku všeobecné sestry na Zdravotně sociální fakultě. Jako téma bakalářské práce jsem si zvolila: „Odlišnosti ošetrovatelské péči u pacientů po operaci zlomenin pánve a v konzervativní léčbě po úrazu pánve“. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku pouze za účelem mé bakalářské práce. Tento dotazník je anonymní. Předem moc děkuji za trpělivost a za spolupráci. Přeji krásný den.

1. Jaké máte vzdělání?
 - Středoškolské
 - Vyšší odborné
 - Vysokoškolské Bc.
 - Vysokoškolské Mgr.

2. Kolik let pracujete na oddělení?
 - Méně jak 2 roky
 - 2 – 5
 - 6 – 10
 - 11 – 20
 - 21 a více

3. V jaké pracujete nemocnici?
 - Nemocnice České Budějovice a.s.
 - Nemocnice Prachatice a.s.

4. Na jakém oddělení pracujete?
 - Chirurgie
 - Traumatologie
 - Traumatologická JIP
 - Chirurgická JIP
 - ARO
 - Ortopedie

5. Ošetřovala jste někdy klienta se zlomeninou pánve?
 - Ano
 - Ne

6. S jakým typem ošetřování zlomenin pánve se spíše setkáváte?
- Spíše konzervativní léčba
 - Spíše chirurgická léčba
 - Ze začátku konzervativní léčba a později chirurgická léčba
 - Obojí stejně
 - Jiné _____
7. Setkala jste se někdy s pánevním závěsem?
- Ano
 - Ne
8. Setkala jste se někdy se zevním fixátérem u zlomenin pánve?
- Ano
 - Ne
9. Jak často se setkáváte se zlomeninami pánve?
- 1x týdně
 - 1x měsíčně
 - 1x za půl roku
 - Jiné _____
10. Znáte zásady manipulace klienta v pánevním závěsu?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
11. Umíte vyměnit klientovi pánevní závěs?
- Ano
 - Ne
12. Jak často měníte klientovi pánevní závěs?
- 1 x denně a dle potřeby
 - 1 x za 2 dny a dle potřeby
 - 1 x za 3 dny a dle potřeby
 - Jiné _____
-
13. Používáte u klientů v pánevním závěsu antidekubitární pomůcky?
- Ano
 - Ne

14. Při vyprazdňování stolice u klienta v pánevním závěsu používáte jaké pomůcky?

- Podložní mísa
- Plenkové kalhoty
- Jiné _____

15. Při vyprazdňování moči u klienta v pánevním závěsu používáte jaké pomůcky?

- Plenkové kalhoty
- Močový katétr
- Podložní mísa
- Močová lahev
- Jiné _____

16. Jak zajišťujete komfort klienta v pánevním závěsu při jídle?(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- Dáme mu vše na dosah ruky
- Při jídle dovolíme klientovi si k jídlu sednout
- Dáme mu zvoneček, při potřebě si zazvoní
- Dáme klienta do pohodlné polohy
- Nakrmíme klienta
- Jiné _____

17. Myslíte si, že je důležité u poranění pánve sledovat moč?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

18. Myslíte si, že je důležité u poranění pánve prevence TEN?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

19. Myslíte si, že je důležité u poranění pánve prevence dekubitů?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

20. Jaké pomůcky používáte na prevenci TEN? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- Používání antidekubitárních pomůcek
 - Zvýšená poloha DK
 - Bandáže DK
 - Používání antidekubitární matrace
 - Léky dle ordinace lékaře
 - Používání antidekubitárních mastí, past, krémů...
 - Dostatek tekutin
 - Jiné (prosím napište jaké)
-

21. Jaké používáte pomůcky na prevenci dekubitů? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- Používání antidekubitárních pomůcek
 - Zvýšená poloha DK
 - Bandáže DK
 - Používání antidekubitární matrace
 - Léky dle ordinace lékaře
 - Používání antidekubitárních mastí, past...
 - Dostatek tekutin
 - Jiné (prosím napište jaké)
-

22. Myslíte si, že máte dostatek informací o konzervativní léčbě pánve?

- Ano, mám dostatek informací
- Spíše ano
- Spíše ne
- Nemám dostatek informací

23. Myslíte si, že máte dostatek informací o chirurgické léčbě pánve?
- Ano, mám dostatek informací
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Nemám dostatek informací
24. Myslíte si, že byste potřebovala další informace ohledně konzervativní léčby pánve?
- Ano, potřebovala bych další vzdělání
 - Myslím, že mám dostatek informací
 - Nemám zájem o další informace
 - Jiné _____
25. Myslíte si, že byste potřebovala další informace ohledně chirurgické léčby pánve?
- Ano, potřebovala bych další vzdělání
 - Myslím, že mám dostatek informací
 - Nemám zájem o další informace
 - Jiné _____
26. Co myslíte, že je charakteristické pro konzervativní léčbu?(možné zaškrtnout více odpovědí)
- Včasná mobilizace
 - Hrozí imobilizace
 - Není zde riziko infekce
 - Je zde riziko infekce
 - Je zde přísný klid na lůžku až několik týdnů
 - Rychlejší zotavování
27. Co myslíte, že je charakteristické pro chirurgickou léčbu? (možné zaškrtnout více odpovědí)
- Včasná mobilizace
 - Hrozí imobilizace
 - Není zde riziko infekce
 - Je zde riziko infekce
 - Je zde přísný klid na lůžku až několik týdnů
 - Rychlejší zotavování

28. Co myslíte, že je charakteristické pro zevní fixátér u pánve? (možné zaškrtnout více odpovědí)

- Hrozí riziko infekce
- Je zde důležité dodržovat aseptické postupy při převazech
- Bývá ponechán až do zhojení zlomenin
- Klienta učíme chůzi o berlích
- Může tam dojít k uvolňování šroubů
- Není zde riziko infekce

29. Myslíte si, že je u klientů po operaci pánve důležitá rehabilitace?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

30. Myslíte si, že znáte rozdíl v ošetrovatelské péči mezi chirurgickou léčbou a konzervativní léčbou v úrazu pánve?

- Zním rozdíl v oše péči
- Neznám rozdíl v oše péči
- Nevím

31. Je vhodné izometrické cvičení DK?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

Jestliže jste odpověděla ano, odpovězte na následující otázku:

Umíte popsat izometrické cvičení?

32. Polohování klienta na lůžku se zevním fixátorem u pánve se provádí?

- Nepolohuje se
- Na boky 45°
- Na boky 90°
- Na břicho
- Jiné _____

9. 2 Pozorování

Tabulka 1 Výměna pánevního závěsu

S = respondent	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Dle potřeby							
1x denně a dle potřeby							
1x za dva dny a dle potřeby							
1x za tři dny a dle potřeby							

Tabulka 2 Hygiena u klientů

S = respondent	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Klient sám							
Klient + oše. personál							
Jen oše. Personál							

Tabulka 3 Antidekubitární pomůcky

S=respondent	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Antidekubitární matrace							
Molitanová dlaha							
Polštář							
Dekuba							

Tabulka 4 Pomoc klientovi při jídle

S=respondent	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Ano							
Ne							

Tabulka 5 Posazení do pohodlné polohy do bolesti klienta

S=respondenti	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Ano							
Ne							

Tabulka 6 Hlídání změn prokrvení a citlivosti dolních končetin

S=respondenti	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Ano							
Ne							

Tabulka 7 Vyprazdňování moče u klienta

S=respondenti	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Ano							
Ne							

Tabulka 8 Pomůcky při vyprazdňování moče

S=respondenti	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Zavedení PMK							
Podložní mísa							
Podložka							
Močová lahev							

Tabulka 9 Pomůcky při vyprazdňování stolice

S=respondenti	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Podložka							
Podložní mísa							
Použití WC							

Tabulka 10 Prevence trombembolické nemoci

S=respondenti	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Odebírání krve dle ordinace lékaře							
Antikoagulancia							
Bandáže DK							
Dostatek tekutin							
Zvýšená poloha DK							
Rehabilitace							

Tabulka 11 Polohování v pánevním závěsu

S=respondenti	suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Nepolohuje							
Polohuje DK							
Podkládá hlavu a trup							
Otáčí na boky							